

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A IMPORTÂNCIA DO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO NA FALA DOS SUJEITOS:
uma experiência na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC**

FABRÍCIA ZANETTI SUTIL

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO

EM: 04/07/05


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS/SC

2005/1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO SÓCIO-ECONÔMICO

DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

**A IMPORTÂNCIA DO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO NA FALA DOS SUJEITOS:
uma experiência na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para obtenção do título de
Bacharel em Serviço Social ao Departamento de
Serviço Social da Universidade Federal de Santa
Catarina.

Orientadora: Profª Mestre Carmem Lúcia da
Silva

FABRÍCIA ZANETTI SUTIL

FLORIANÓPOLIS/SC

2005/1

FABRÍCIA ZANETTI SUTIL


**A IMPORTÂNCIA DO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO NA FALA DOS SUJEITOS:
uma experiência na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC**

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

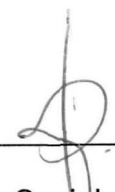
BANCA EXAMINADORA



Profª Mestre Carmem Lúcia da Silva
Orientadora



Profª Dra. Beatriz Augusto Paiva
Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina



Assistente Social Jaqueline Pickler
Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais - APAE

Florianópolis/SC

2005/1

AGRADECIMENTOS

A empreitada que assumimos ao decidir ingressar na universidade não é feita de forma individual, outros protagonistas também fizeram parte deste processo. Não será tarefa fácil nomear todos eles, porém alguns desses atores participaram de forma decisiva e especial nesta etapa. Com todo amor, gratidão e carinho:

À minha família (meus “*nonos*” Atílio e Verônica; meu pai Ivar e sua esposa Claudete e, a minha “nova” e querida irmã Juliane; a minha mãe Joveide e seu esposo Romildo; aos meus tios amados Jovelina e Antoninho, Jurema e Irineu, Gilmar e Nedi, Idânia, a Jumerí e Wagner; aos meus padrinhos abençoados Judite e Fontana; aos meus primos queridos Nei, Deividi, Douglas, Paula – minha “irmã” de coração, Heloíze, Ediane, Édina, Victória, Stefani, Caroline, Yuri e Gabriel; sem esquecer de Helga, Eleno, Francieli, Eduardo e Giuliana pessoas que adotei como “minha” família) pelo respeito, pelo estímulo, pela compreensão, pela alegria, pelo apoio e palavras certas em momentos confusos.

À pessoa amada, Eleandro (Bibi), que apesar da distância durante estes quatro (e longos!) anos que optamos por estudar, esteve sempre presente. Obrigada pela paciência, pelos cuidados, pela preocupação e por todo seu amor.

Às minhas queridas amigas Adri, Ju R., Ledi, Jane e Lore e, agora Mari, por dividir comigo o quarto, as angústias, os sofrimentos, as alegrias, o mau humor, meu jeito “meigo” de falar, as “bebedeiras”, as festas, as experiências e os segredos.

À Ni, kaka, Andréia T., Aldi, Xique, Lia, Clair, Cla, Van e demais companheiras de casa.

Ao Gabriel pelas palavras acolhedoras, carinhosas e confortantes, pelas dicas para este trabalho, enfim por todos os momentos.

Às minhas adoradas amigas de turma Jô, Margot, Patrícia, Jana R. e Letícia (que figuras!), nunca esquecerei vocês.

À minha querida e dedicada orientadora prof. Carmem Lúcia, este trabalho também é seu (por direito!), muito obrigada pelas conversas, pelas palavras e oportunidades de desabafos.

Às professoras do Departamento de Serviço Social Eliane e Edaléa, pelas inspirações e exemplos.

Aos membros da banca examinadora, Assistente Social Jaqueline Pickler e a professora Dra. Beatriz Augusto Paiva por terem aceito este desafio.

Aos meus eternos amigos Rafael (Dino), Fabinho e Cris, que desde o ensino fundamental estiveram muito presentes em minha vida, o que continuou quando me distanciei vindo para Floripa.

À equipe de profissionais da Regional de Assistência Social São Cristóvão Ivanete, Flávia, Júlio César, Arlindo, Luciane e Clarice, pela amizade, confiança e acolhida fundamentais nessa etapa conclusiva da graduação.

À Casa da Estudante Universitária, meu lar, durante estes quatro anos de graduação (que experiência!). Sentirei muita falta deste espaço de convivência, conflito e de luta diária, valeu!

Aos membros do grupo sócio-educativo e suas famílias por resistir as fraquezas e dificuldades, vocês são as pessoas mais fortes e abençoadas que já conheci.

E principalmente, aos que lutam por uma sociedade com horizontes, em que todos possam ter sonhos e oportunidades iguais para concretizá-los.

*Temos o direito de ser iguais quando a diferença
nos inferioriza e temos o direito de ser diferentes
quando a igualdade nos descaracteriza.*

Boaventura de Souza Santos

RESUMO

SUTIL, Fabrícia Zanetti. **A importância do Grupo Sócio-Educativo na fala dos sujeitos:** uma experiência vivenciada na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. 2005, p. 85. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Serviço Social), Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis/SC, 2005.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso pretende desenvolver uma análise sobre a importância do grupo sócio-educativo para a pessoa com deficiência e sua família, atendida na Regional de Assistência Social São Cristóvão da Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. Este trabalho foi desenvolvido através de pesquisa bibliográfica, constituída principalmente de livros e artigos científicos além de, fontes documentais da instituição e da entrevista utilizada para coleta de dados, visto que se trata de uma pesquisa quanti-qualitativa. Este estudo teve como base o Estágio Curricular Obrigatório realizado no período de agosto a dezembro de 2004. Os sujeitos desta pesquisa foram os membros do grupo sócio-educativo e suas famílias, reportando-se a importância deste espaço. Está compreendido também, o contexto institucional onde foi realizado o estágio, ou seja a Prefeitura Municipal de Chapecó/SC, seu modelo de gestão e administração. Outro ponto evidenciado aqui, é a contextualização histórica e epistemológica das deficiências e suas terminologias, bem como a compreensão histórica das políticas públicas e, especificamente a assistência social na questão da Política Nacional de Integração da Pessoa com deficiência e seus direitos. A análise da experiência de estágio inicia-se pela identificação dos indivíduos por meio da descrição do perfil dos membros do grupo realizada a partir de fontes documentais existentes na Regional de Assistência Social São Cristóvão, acessando-as por meio do cadastro dessas famílias. A análise qualitativa se dá por meio da “fala dos sujeitos”, direcionada a importância do grupo para a pessoa com deficiência e sua família. Ao longo deste trabalho buscou-se apresentar em que medida este segmento vem sendo priorizado pelas políticas públicas, quais foram os avanços alcançados e quais são os desafios a serem enfrentados. Salientando também, como o profissional de Serviço Social está inserido neste processo de luta pela garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Estas, representam um segmento frequentemente excluído da participação social que, especialmente nas duas últimas décadas do século passado acentuou-se a preocupação pela inserção efetiva deste segmento na comunidade e na agenda das políticas públicas, principalmente na política de Assistência Social. Nesse sentido, é preciso que se garanta a fala e o lugar da fala para que esta tenha expressão e força. Percebemos ao final da pesquisa, que o grupo facilitou o processo de enfrentamento e aceitação da deficiência, principalmente por estreitar as relações familiares, possibilitando o processo de formação e organização política.

Palavras-chave: Pessoa com deficiência, Grupo Sócio-Educativo, Assistência Social.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Regionais em números

Quadro 2 - Total de deficiências no Brasil

Quadro 3 - Avanço no desenvolvimento das ações

Quadro 4 - Atendimento nos programas até 2004

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição Percentual de BPC por região – 1997

Figura 2 - Distribuição Percentual de BPC por região – 2004

Figura 3 - Concessão de BPC em percentual: Pessoa com Deficiência e Idosos
até 2004

Figura 4 - Idade

Figura 5 - Situação Conjugal

Figura 6 - Familiar Responsável

Figura 7 - Tipos de Deficiências

Figura 8 - Renda Familiar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE CHAPECÓ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	14
1.1 A Prefeitura Municipal de Chapecó/SC.....	16
1.2 A contextualização histórica e epistemológica da pessoa com deficiência.....	29
1.3 As políticas públicas direcionadas as pessoas com deficiência.....	36
2 APRESENTANDO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO.....	54
2.1 A inserção no Grupo Sócio-Educativo.....	56
2.2 A população a quem o Grupo Sócio-Educativo é dirigido e a importância do Grupo na fala dos sujeitos.....	62
2.3 O Serviço Social como referência no espaço do Grupo Sócio-Educativo.....	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82

INTRODUÇÃO

A construção do conhecimento acerca do Trabalho de Conclusão de Curso surgiu a partir da experiência de estágio curricular obrigatório em Serviço Social, realizado na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC, pretendendo desenvolver uma análise sobre a pessoa com deficiência e sua família, atendida por meio do Grupo sócio-educativo na Regional de Assistência Social São Cristóvão desta instituição.

A partir disso, haviam duas questões a serem elucidadas, tornando-se pontos norteadores para o desenvolvimento deste trabalho:

- Qual a importância do Grupo Sócio-Educativo existente no Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência em Chapecó/SC, para a pessoa com deficiência e sua família?
- De que forma o Grupo Sócio-Educativo operacionaliza as políticas públicas de atendimento às pessoas com deficiência e suas famílias?

As pessoas com deficiência representam um segmento frequentemente excluído da participação social, e especialmente nas duas últimas décadas do século passado, que se acentuou a preocupação pela sua inclusão na comunidade e na agenda das políticas públicas.

De acordo com Correr (2003), existem duas formas de contato com a questão da deficiência. De um lado, podemos sentir “pena”, “vontade de fazer algo para ajudar”, “tristeza”, “medo” de que o mesmo possa acontecer conosco ou com alguém de nossa família, ou repulsa, evitando desta forma pensar no assunto. Ou, por outro lado, quando a deficiência está muito próxima (ou em nós, ou em pessoas que estão intimamente ligadas a nós), ser invadidos por sentimentos de “raiva e indignação”. Isso porque,

Na sociedade em que vivemos, os valores mais cultuados são as capacidades de se ajustar a um mundo competitivo e individualizado. Todos devemos ser independentes e produtivos. Os ideais de felicidade não combinam com incapacidade e com formas diferentes daquelas que são ditadas como modelo de se comportar e de viver em sociedade (CORRER, 2003, p.18)

Dessa maneira, é possível identificar a necessidade de visualizar sistematicamente o envolvimento do poder público, da família e da comunidade no processo de construção da inclusão da pessoa com deficiência na sociedade. A família tem papel fundamental nesse processo, além do que precisam de suporte para redirecionar a importância da dinâmica familiar para a construção da independência e do domínio de habilidades que são necessárias para uma inclusão na vida comunitária, tema deste trabalho.

Mas, embora a família tenha esta atribuição cultural e moralmente construída, é fundamental que o Estado participe deste processo, por meio de ações que garantam a execução de programas, serviços e benefícios suficientes para que os cuidados não se tornem exclusivos da instituição família.

Conhecer a família da qual se fala e para qual dirigimos a prática profissional é muito importante, também é imprescindível compreender sua inserção social e o papel que a ela está sendo atualmente destinado. Neste contexto, é fundamental que a pessoa com deficiência e sua família tenham efetivadas as condições para prover sua autonomia, sendo que para tanto é primordial que sejam respeitados seus direitos civis e sociais, aspectos indissociados a construção da cidadania.

Para referenciarmos e construirmos a análise, traçamos alguns objetivos necessários para o desenvolvimento deste estudo, que foram divididos em objetivo geral e específicos. O primeiro, corresponde em perceber a importância do Grupo Sócio-Educativo existente no Programa de Atendimento à

Pessoa com Deficiência em Chapecó/SC através da fala dos sujeitos que o compõem. O segundo, corresponde em:

- Compreender a trajetória histórica das políticas sociais no Brasil, focalizando as questões referentes à pessoa com deficiência;
- Caracterizar a pessoa com deficiência na instituição Prefeitura Municipal de Chapecó/SC;
- Analisar, qualitativamente, a experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório no Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência da Prefeitura Municipal de Chapecó/SC;
- Descrever, identificando quanti-qualitativamente, o perfil dos membros do grupo sócio-educativo da Regional de Assistência Social São Cristóvão em Chapecó/SC;
- Evidenciar, qualitativamente, a importância do grupo sócio-educativo na Regional de Assistência social São Cristóvão em Chapecó/SC à pessoa com deficiência e familiar/responsável.

Para desenvolvermos este Trabalho de Conclusão de Curso utilizamos como metodologia os seguintes instrumentais: fontes documentais, o que segundo GIL (1999) são os registros institucionais escritos e análise de conteúdo. Estes possibilitam o conhecimento do passado, dos processos de mudança social e cultural e favorecem a obtenção de dados sem constranger os sujeitos. Outro instrumento utilizado foi a pesquisa bibliográfica, constituída principalmente de livros e artigos científicos, ou seja, de material já elaborado.

A entrevista, também fez parte da metodologia de trabalho como técnica de coleta de dados, pois é uma forma de interação social, em que uma das partes busca a obtenção de dados e a outra se apresenta como fonte de

informação. A entrevista é bastante adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam (GIL, 1999).

Nesta perspectiva, o referido estudo está estruturado em dois capítulos. O primeiro, compreende o contexto institucional, em que foi realizado o estágio, seu modelo de gestão e administração. Outro ponto evidenciado aqui, será a contextualização histórica e epistemológica das deficiências e suas terminologias, bem como a compreensão das políticas públicas, especificamente a assistência social na questão da Política Nacional de Integração da Pessoa com deficiência e seus direitos.

No segundo, realizaremos a análise da experiência de estágio, iniciando pela inserção no Grupo sócio-educativo, a identificação dos indivíduos por meio da descrição do perfil dos membros do grupo realizada a partir de fontes documentais existentes na Regional de Assistência Social São Cristóvão, acessando-as por meio do cadastro dessas famílias. A análise qualitativa se dá por meio da “fala dos sujeitos”, direcionada a importância do grupo para a pessoa com deficiência e sua família.

E por fim, nos reportaremos ao papel nessa abordagem grupal, tendo o Assistente Social como referência neste espaço, suas competências, possibilidades e desafios, ou seja, um profissional informado, crítico e propositivo, apostando no protagonismo dos sujeitos sociais. Ao mesmo tempo, pautado no instrumental técnico-operativo capaz de realizar as ações profissionais, aos níveis de planejamento, de pesquisa e de ação direta (entrevista, visitas domiciliares, encaminhamentos, entre outros), estimuladora da participação dos usuários nas políticas públicas.

1 CONHECENDO O MUNICÍPIO DE CHAPECÓ E AS POLÍTICAS PÚBLICAS DIRECIONADAS AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Antes de conhecermos o município de Chapecó/SC é necessário que saibamos conceitual o que é uma instituição, diferenciando a pública da privada, sendo que estas se distinguem, fundamentalmente, pelo resultado que produzem e sua constituição¹. Segundo Menegasso (2002), as públicas são criadas pelo Estado, regidas pelo direito público, já as privadas podem realizar tudo aquilo que a lei não proíbe. Conforme a mesma autora,

Instituição significa ato de instituir, criação ou estabelecimento.[...] instituição é algo que faz parte da cultura, dos valores e das crenças e que é legitimado e aceito pela sociedade. Podem tornar-se instituição: grupos sociais oficiais, empresas, escolas, sindicatos e os sistemas de regras que determinam a vida destes grupos (MENEGASSO, 2002, p. 113).

Nesse sentido, a Prefeitura de Chapecó/SC é uma instituição pública de âmbito municipal, tendo seu plano de governo implementado numa estrutura de administração popular², que correspondeu ao período de 1997 a 2004. A administração popular refere-se a forma de gestão do município, cuja população participa decidindo as ações que serão implementadas nas respectivas localidades, e as obras prioritárias em cada comunidade. Uma das formas de participação utilizadas nos governos com administração popular é o Orçamento Participativo³, que permite a decisão e fiscalização sobre as ações da Prefeitura

¹ É importante lembrar que “as *públicas* produzem um resultado diretamente relacionado com o bem público; já as *privadas*, com a demanda de consumo em geral” (MENEGASSO, 2002, p. 109).

² A administração popular é uma forma de administração pública, e esta, “quando realizada de forma participativa, demonstra que contribui para que ocorram transformações na cidade [...]” (SIGNORI, 2004, p.13).

³ As decisões são tomadas em Assembléias Regionais e Plenárias temáticas abertas a toda a população. São eleitos delegados que tem a tarefa de fiscalizar a execução do orçamento municipal (SIGNORI, 2004).

Municipal e a participação direta da população no planejamento e no orçamento do município.

O Orçamento Participativo, com a premissa de participação da população, provoca uma ampliação e aprimora a democracia representativa, mas também consolida a democracia participativa (SIGNORI, 2004). No entanto, esta abertura gera conflitos à cultura política da população, mas ao mesmo tempo deveria ser o grande princípio norteador de uma administração.

A partir deste cenário de participação da população torna-se imprescindível definir parâmetros, orientações e padrões de qualidade para as ações inscritas no município, inseridas nas políticas públicas, coerentes com as conquistas sociais, com a evolução conceitual e da legislação, objetivando a proteção e inclusão social da pessoa com deficiência, tema deste trabalho.

A assistência social enquanto política deve oferecer proteção integral, assegurando a população sua inclusão nas oportunidades de integração oferecidas pelas políticas públicas, pelo mercado de trabalho e pelas diversas expressões de convívio familiar, comunitário e societário.

A busca por uma inaudita sociedade, atrelada a uma bandeira de reivindicação, foi capaz de apresentar um novo olhar sobre a deficiência além de iniciar mudanças estruturais fundamentais, através de reconhecimento oficial dos direitos deste segmento.

Percebemos ao longo dos anos, que o segmento da pessoa com deficiência conseguiu garantir alguns direitos fundamentais como: acesso a educação, a saúde, a assistência social, ao transporte, ao lazer, entre outros. Mas, apesar de todas essas conquistas, muitas posições precisam ser modificadas, principalmente no que diz respeito ao preconceito e a discriminação.

Neste capítulo, daremos ênfase na caracterização da instituição Prefeitura Municipal de Chapecó/SC, bem como, as suas políticas públicas na sua generalidade e após, especificaremos as que dizem respeito ao segmento pessoa com deficiência, foco deste trabalho. Nesta perspectiva, estaremos também, compreendendo a trajetória das políticas públicas no Brasil e as questões referentes à pessoa com deficiência.

1.1 A Prefeitura Municipal de Chapecó/SC

O município de Chapecó está localizado na região oeste do estado, onde o nome tem origem da cultura Kaiagang echa+apê+gô, que significa “donde se avista o caminho da roça”. O município foi criado em 25 de agosto de 1917, pela Lei nº 1147 do Governo de Santa Catarina, tendo como base territorial à região hoje conhecida como Oeste Catarinense.

No início do século XX foi implantado na região um projeto de colonização, intensificando seu povoamento, principalmente com colonos provenientes do Rio Grande do Sul. Como principais empresas colonizadoras figuram a de Ernesto Bertaso e a dos irmãos Agilberto Atilio e Manoel dos Passos Maia, instalada no antigo povoado de Passo dos Índios, onde hoje é a cidade de Chapecó.

Nos 14 mil km² de seu território original, localizam-se hoje as microregiões da AMOSC (Associação dos Municípios do Oeste de Santa Catarina), AMEOSC (Associação dos Municípios do Meio Oeste de Santa Catarina), AMAI (Associação dos Municípios do Alto Irani) e AMERIOS (Associação dos Municípios de Entre Rios).

Atualmente Chapecó possui uma área de 625,50 km² e uma população de cento e sessenta (160) mil habitantes, pólo de uma região com aproximadamente duzentos (200) municípios e um (1) milhão de habitantes. Está localizada na região sul do Brasil, na micro região oeste de Santa Catarina conhecida por sediar grandes empresas processadoras e exportadoras de suínos, aves e derivados, e também conhecida como “a capital do oeste”. Possui uma área urbana de 113,24 km² e área rural de 512,36 km² (IBGE, 2000).

No período em que foi realizado o estágio curricular obrigatório – agosto a dezembro de 2004 – faziam parte do Sistema Organizacional da Prefeitura Municipal de Chapecó o Conselho Tutelar, a Contadoria Geral do Município, a Procuradoria Jurídica, as Chefias do Gabinete, a Assessoria Especial, a Coordenadoria Geral do Sistema de Controle Interno, a Assessoria de Imprensa, o Gabinete do Vice-Prefeito, a Assessoria de Planejamento e as seguintes Secretarias Municipais: Secretaria da Fazenda e Administração, Secretaria da Juventude, Esporte e Lazer, Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação, Secretaria de Desenvolvimento Urbano e Planejamento, Secretaria de Agricultura e Abastecimento, Secretaria da infra-estrutura, Secretaria dos Serviços Urbanos e Meio-Ambiente, Secretaria de Desenvolvimento Econômico e a Secretaria de Assistência Social e Habitação.

No entanto, nesta última – Secretaria de Assistência Social e Habitação – SASH estavam compreendidas a Diretoria Geral de Assistência Social e Habitação e os seguintes departamentos e conselhos: Departamento de Triagem e Atendimento Social, Departamento de Ações Integradas, Departamento de Habitação, Departamento da Criança e Adolescente, Conselho Municipal de Entorpecentes, Conselho Municipal de Assistência Social, Conselho Municipal de

Habitação Popular, Conselho Municipal dos Direitos da Mulher e Conselho Municipal da Criança e Adolescente.

Diante desta demanda, vale destacar que a primeira contratação de um profissional de Serviço Social aconteceu na década de 1980, e o primeiro concurso para o cargo de Assistente Social ocorreu em 1994, conforme dados da área de Recursos Humanos da Prefeitura Municipal de Chapecó/SC.

No momento do estágio, o município de Chapecó possuía 31 Assistentes Sociais trabalhando nos programas, projetos, área administrativa, nos conselhos e nas nove regionais de Assistência Social, destas, três foram contratadas para atuar no PAIF – Programa de Atendimento Integral à Família.

A Secretaria de Assistência Social e Habitação era o órgão responsável pela execução da Política de Assistência Social e Habitação, sendo que esta consistia em assegurar os direitos básicos à população em situação de risco/vulnerabilidade. As ações desta Política desenvolveram-se através de programas, projetos, serviços e benefícios, articulando um sistema composto por ações governamentais, entidades conveniadas e iniciativa privada, bem como, ações intersetoriais de caráter emancipatório.

Todas as ações desenvolvidas por esse meio articulado foram executadas com o envolvimento direto das nove Regionais de Assistência Social que atendiam diretamente o usuário, divididas nas seguintes regiões do município:

Regional de Assistência Social Borman:

Localização	Abrangência
Distrito de Marechal Borman	Passo Ferreira, Linha São Francisco, Bom Retiro, Serraria Reato, Rodeio do Herval, São José do Capinzal, Barra Chalana, Marechal Borman, Linha Saquetti, Gamaleão, Linha Capinzal, Goio-ên, Linha Campinas, Linha Cachoeira, Linha Almeida, Serrinha, Beira – Rio, Linha Vailon, Linha Cerne, Barra do Carneiro e Tope da Serra.

Regional de Assistência Social CAIC:

Localização	Abrangência
Rua Marechal Floriano Peixoto, 2200. Bairro Maria Goretti	São Pedro, Maria Goretti, Loteamento Vida Nova, Vila Natal, Vila Progresso, Presidente Médici, Boa Vista, Linha São Pedro, Baronesa da Limeira, Sede Trentin, São Roque, Linha Irani, Tafona, Independência e Linha Zonta.

Regional de Assistência Social Centro:

Localização	Abrangência
Rua Marechal Floriano Peixoto, 50. Bairro Centro	Centro

Regional de Assistência Social Efapi:

Localização	Abrangência
Rua Uru Esa, s/n. Loteamento Thiago Bairro Efapi	Alto da Serra, Cabeceira da Divisa, Linha Mantelli, Simonetto, Cascavel, Cascalheiro, Cabeceira da Antinha, Colatto, Vila Páscoa, Sereno Soprana, Zanrosso, Thiago, Alta Floresta, Tomazelli, Auri Bodanese, Jardim do Lago, Colina do Sol, Loteamento Rosana e parte do Universitário.

Regional de Assistência Social Palmital:

Localização	Abrangência
Rua René Vegas, 36 D. Bairro Palmital	Santo Antônio, Saic, Palmital, Jardim Itália, Linha Henrique, Quedas do Palmital e Palmital dos Fundos.

Regional de Assistência Social Passo dos Fortes:

Localização	Abrangência
Rua Heriberto Hulse, 146 D. Bairro Líder	Passo dos Fortes, Líder, Santa Luzia, Vila Real, Vila Militar, Curtume, Santa Bárbara, Linha Caravagio, Linha Pinheirinho, Linha Pinhalzinho e Rodeio Bonito.

Regional de Assistência Social São Cristóvão:

Localização	Abrangência
Rua Cristo Redentor, s/n. Bairro São Cristóvão.	Jardim América, Faxinal dos Rosas, Rodeio Vermelho, Linha Butiá, Sarapião, Linha Tormen, Alvorada, Parque das Palmeiras, Engenho Braun e São Cristóvão.

Regional de Assistência Social Universitário:

Localização	Abrangência
Avenida Getúlio Vargas, s/n Bairro Universitário	Parte do Universitário, Seminário, Água Amarela, Gramadinho, Praia Bonita, Lajeado Veríssimo, Santa Maria, Esplanada, Linha das Palmeiras, Linha São Rafael, Linha Pequena, Monte Alegre e São Vendelino.

Regional de Assistência Social Cristo Rei:

Localização	Abrangência
Rua Cruz e Souza, 739. Bairro Cristo Rei	Vila Rica, Água Santa, Trevo, Colônia Cella, Linha Tarumã, Belvedere, Sede Figueira, Linha Batistello, Bela Vista, Cristo Rei, Eldorado I, II e III.

Estas Regionais de Assistência Social, denominadas como RAS, eram consideradas a porta de entrada para o atendimento na rede de proteção social básica e especial. Também, exerciam a função de coordenação e execução dos serviços integrantes desta rede, buscando soluções intersetoriais a partir das necessidades surgidas em seu território, no processo de atendimento integral. Cada RAS era dividida por território, ficando sob a coordenação de um assistente social um conjunto de bairros e comunidades rurais. Juntamente com uma assistente social a RAS era composta por uma equipe multidisciplinar constituída por monitores sociais e técnicos-administrativos. Reflexos desta forma de organização estão explicitadas no quadro que segue.

Quadro 1 – Regionais em números

Regionais de Assistência Social	Nº de bairros/comunidades atendidas	Nº de famílias cadastradas
RAS Borman	22	961
RAS CAIC	22	1.156
RAS Centro	01	71
RAS EFAPI	22	1.438
RAS Palmital	10	710
RAS Passo dos Fortes	17	592
RAS São Cristóvão	18	636
RAS Universitário	13	721
RAS Cristo Rei	13	737
Total	138	7.023 famílias⁴

Fonte: Secretaria de Assistência Social e Habitação de Chapecó/SC, 2004.

⁴ O total de famílias refere-se à outubro/novembro de 2004.

A partir de 1999, com a implementação dessas RAS, segundo Andrade; Seabra (2004) houve vários avanços conquistados que se destacam:

- Serviços de assistência social mais próximos dos usuários/comunidades;
- Maior facilidade da equipe de servidores públicos conhecerem e diagnosticarem a realidade dos usuários e comunidades atendidas;
- Possibilidade de maior participação dos segmentos sociais, a exemplo da criação de comissões regionais de idosos, grupos sócio-educativos de pessoas com deficiência, ações sócio-educativas e de acompanhamento sócio-familiar, entre outros;
- Qualificação e ampliação do atendimento à população usuária, buscando-se avançar no princípio da universalização do acesso à assistência social.

Com as regionais de Assistência Social foi facilitado o contato e o acesso dos usuários até as políticas públicas propostas pelo município, por meio de programas. Estes, segundo a Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS em seu artigo 24^o, “visam qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços”. Desta maneira, demonstraremos os programas e projetos⁵ executados por meio da Secretaria de Assistência Social e Habitação no período concernente ao ano de 2004, sendo que será evidenciado com maior detalhamento o Programa de Atendimento as Pessoas com Deficiência, tendo em vista que se trata do objeto deste estudo e espaço privilegiado de formação acadêmica – estágio.

⁵ De acordo com a Política de Assistência Social e Habitação da gestão municipal 2001 à 2004.

Programas de Atenção e Proteção à criança e adolescente

Buscavam a construção de um projeto de vida emancipatório para crianças, adolescentes e suas famílias, investindo no processo de inclusão social através de um atendimento integrado. Este programa contava com o apoio de Educadores Sociais, que trabalhavam com abordagem sistemática à criança e ao adolescente em situação de rua, tendo como retaguarda uma rede especializada de serviços, que formavam a Casa da Acolhida, o CEVIVI – Centro de Atendimento às vítimas de violência e exploração sexual infanto juvenil, a Casa Lar Meninos e a Casa Lar Meninas, o Abrigo Municipal, o Abrigo Domiciliar e a Casa Lar Crianças.

Programas de Medidas Sócio-educativas

São medidas jurídicas, ou seja, somente o Poder Judiciário é que as decreta, balizados no Estatuto da Criança e do Adolescente. Estas medidas tem cunho sócio-educativo, destinadas exclusivamente aos adolescentes em conflito com a lei, e são operacionalizadas pelo Programa de Liberdade Assistida – LAC, a Prestação de Serviço à Comunidade - PSC, o Centro de Internamento Provisório - CIP e o Centro Educacional Regional – CER, sendo estes últimos as medidas que privam o adolescente de sua liberdade, posto que no CIP o adolescente deve permanecer até o prazo máximo de 45 (quarenta e cinco) dias, conforme preconiza o Artigo 108 da Lei nº 869/1990. No CER o adolescente já recebeu a medida de internamento que corresponde ao período máximo de 3 (três) anos, haja vista que esta medida não comporta prazo determinado. Vale destacar que estas duas instituições estão vinculadas a Secretaria de Segurança Pública e Defesa do Cidadão, estando vinculadas a esfera estadual.

Programa de Atendimento e inclusão à pessoa idosa

Objetivava assegurar os direitos dos idosos, estabelecendo condições para promover a sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Eram 62 (sessenta e dois) grupos de convivência, sendo 40 (quarenta) localizados nos bairros e 22 (vinte e dois) nas localidades rurais, beneficiando 4581 idosos. O objetivo consistia em proporcionar o envelhecimento saudável.

Vale destacar que foram desenvolvidas ações educativas sobre a previdência social, a saúde e educação alimentar, as ações recreativas, esportivas, culturais e de geração de renda. Promovia também ações intersetoriais que incentivavam o retorno dos idosos nas atividades escolares.

Projetos de Enfrentamento à Pobreza

Realizaram-se através de investimentos econômico e social em grupos populares, com o intuito de subsidiar financeira e tecnicamente iniciativas empreendedoras, garantindo meios, capacidade produtiva e de gestão que proporcionassem a organização social, elevando o padrão de subsistência, a qualidade de vida e a preservação do meio ambiente. Dentro deste projeto estruturaram-se outros dois que estão elencados a seguir:

Geração Trabalho e Renda: em conjunto com a Empresa Mãe de Cooperativas Populares, tinha o objetivo de gerar alternativas de trabalho e renda a partir dos princípios da economia solidária⁶. Eram 17 grupos de trabalho em processo de formação e estruturação por ramo de atividade econômica.

⁶ Estes princípios incluem "os grupos de produção comunitária, vendas comunitárias, autogestão, cooperativas de trabalho e grupos de troca, entre outros. [...] comporta organizações [...] marcadas, sobretudo, por um objetivo social, [...] pelo princípio da reciprocidade, contrariamente à economia de mercado, onde predomina o intercâmbio comercial" (MENEGASSO, 2002, p.112). A economia solidária vem sendo impulsionada no Brasil desde a década de 1970.

No segmento das Mulheres eram três empreendimentos autogestionários, sendo eles: a Cooperativa das Mulheres Artesãs – Mãos de Ouro, a Cooperativa CIA da Beleza e a Central de Panificados. No ramo de Hortas Comunitárias foram criadas duas associações: uma no Distrito de Marechal Borman e a outra no Goio-ên. Na área de prestação de serviços foram fundados dois empreendimentos: a Coopervida e a Associação das Trabalhadoras Domésticas, ambas de abrangência regional.

Complementação de Renda: Caracterizavam-se como mecanismos de complementação de renda às famílias em situação de pobreza/vulnerabilidade, promovendo encaminhamentos a grupos de geração trabalho e renda, em que foram estruturados dois programas:

Renda Mínima: orientação e apoio às famílias em situação de risco pessoal e social, beneficiando as que possuíam renda per capita mensal inferior a meio salário mínimo nacional que residiam no município de Chapecó há pelo menos dois (2) anos, e que possuíam sob sua responsabilidade crianças e/ou adolescentes até dezesseis (16) anos completos;

Renda Cidadã: foram beneficiadas famílias com renda per capita mensal inferior a meio salário mínimo nacional, e que residiam no município a pelo menos quatro (4) anos, com pessoas em condição de dependência, idosos em situação de vulnerabilidade social, doentes crônicos e pessoas com deficiência.

Programa de Erradicação do Trabalho Infantil – PETI

Ação social, instituída pelo Governo Federal em parceria com o governo Municipal, tem como objetivo retirar crianças e adolescentes de sete a

quinze anos de idade do trabalho perigoso, penoso, insalubre e degradante, ou seja, o trabalho infantil. Com a implantação deste programa, que tem jornada ampliada, houve o incentivo à frequência escolar, e a participação nos programas sócio-educativos destinados a este segmento.

Estes programas ofereciam oficinas de dança, teatro, música, artes plásticas, artesanato, esporte, capoeira e informática, além do acompanhamento às famílias pelas regionais de Assistência Social e das reuniões sócio-educativas com os pais inseridos no programa.

Programa da Mulher

Vai além dos “Clubes de Mães”, compreendendo Grupo de Mulheres, como um espaço de discussão e articulação política do papel deste segmento na sociedade. O programa atendia, aproximadamente, 1500 (mil e quinhentas) mulheres, com o objetivo de resgatar o papel da mulher na história da humanidade, buscando o respeito, a dignidade, o reconhecimento educacional, profissional e a igualdade de direitos.

O programa da Mulher objetivava fortalecer a capacidade da mulher de interferir amplamente, como sujeitos que produzem transformação social, mostrando sua força, coragem, determinação e luta, fazendo a política da mudança.

Programa de Regularização Fundiária e Urbanização e o Programa de Loteamentos Populares e Reassentamentos

O primeiro tinha por objetivo a garantia de terra urbanizada e moradia para as famílias residentes em áreas irregulares⁷ permitindo a “desfavelização”

⁷ Área Irregular: terrenos – “terras” adquiridas sem título de propriedade – escritura (ANDRADE; NEGRI, 2004).

com a instalação de infra-estrutura como água potável, energia elétrica, pavimentação e sistema de drenagem, coleta de lixo, transporte coletivo, a posse da terra e o acesso aos serviços da cidade.

No segundo era feito os reassentamentos das famílias deslocadas das áreas impróprias⁸ para moradia e assentamentos incluídos nos critérios da política habitacional cadastradas pelo Departamento de Habitação e pelas Regionais de Assistência Social, garantindo assim, terrenos urbanizados, ou seja, com estrutura básica (rede de água, luz, pavimentação, entre outros).

Programa de Melhorias Habitacionais – PMH e Programa de Subsídio Habitacional – PSH

Permitia o repasse de materiais de construção, para famílias incluídas em projetos habitacionais e disponibilizava a construção de casas em alvenaria com lotes urbanizados, subsidiado pelo Governo Federal, atendendo famílias com renda mensal de meio a dois salários mínimos, cadastradas no programa de loteamentos populares. O subsídio visava a melhoria de suas residências, buscando a garantia de uma moradia segura.

Programa de Arrendamento Residencial – PAR

Em convênio com a Caixa Econômica Federal, disponibilizava casas em alvenaria e lotes urbanizados para famílias com renda entre três (3) a seis (6) salários mínimos.

⁸ Áreas impróprias: áreas insalubres, de risco ou de preservação ambiental (ANDRADE; NEGRI, 2004).

Os programas habitacionais incluíam as famílias vulnerabilizadas, prioritariamente com renda familiar inferior a três (3) salários mínimos e expostas a risco social e pessoal. O acesso aos programas ocorria através do Orçamento Participativo, com a mobilização e participação das famílias nas assembleias locais e plenárias temáticas.

Programa de Atendimento às pessoas com deficiência

Foram beneficiados neste programa, aproximadamente, 1950 pessoas com deficiência e sua família. Este programa buscava superar o assistencialismo histórico, especialmente dirigido ao atendimento desta população, efetivando uma política pública resolutive e emancipatória. Eram atendidas enquanto pessoas de direito, com acesso aos serviços numa perspectiva de inclusão social. Destacavam-se a visita domiciliar, os encaminhamentos e os acompanhamentos aos serviços públicos, o repasse de materiais caracterizado como atendimento sócio-emergencial⁹, tais como: cadeiras de rodas, muletas, bengalas, colchões d'água e fraldas.

O programa possuía também parcerias com diversas entidades, sendo elas a APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, o CAPP – Centro Associativo de Atividades Psicofísico Patrick, a FCD – Fraternidade Cristã de Doentes e Deficientes, entre outras. As parcerias possibilitavam o atendimento a 800 pessoas com deficiência, inclusive com acesso ao serviço de fisioterapia com seis clínicas conveniadas, o acesso ao transporte gratuito e os encaminhamentos específicos de acordo com cada deficiência ou a gravidade da mesma.

⁹ Estas ações sócio-emergenciais fazem parte das quatro categorias de ações sócio-assistenciais que é “[...] a intervenção direta com o usuário, [...] realizada a partir de demandas singulares. [...] seu objetivo é contribuir para que, junto com os usuários, se consiga responder as demandas colocadas na perspectiva da cidadania e dos direitos” (MIOTO apud LIMA, 2004, p. 03). Lembrando que, estas ações ocorrem dentro da instituição e do processo interventivo.

Outro destaque neste programa na área da Assistência Social foram os grupos sócio-educativos de pessoas com deficiência e seus familiares, que buscavam dentre outras coisas, canais próprios de expressão, identificando as necessidades do grupo, e possibilitavam a participação direta e democrática no que se refere a opiniões, prioridades das ações no programa, avaliação de serviços, promoção de mudanças e organização social.

Os grupos sócio-educativos proporcionaram também o estudo e o debate de vários temas junto as nove Regionais da Assistência Social, num processo de formação continuada envolvendo oito grupos com mais de 270 pessoas com deficiência, seus familiares e colaboradores (pessoas que foram desligadas oficialmente¹⁰ do grupo mas que continuaram participando dos encontros).

Foi por meio deste programa que desenvolvemos a prática profissional identificada no estágio curricular obrigatório. Nele, trabalhamos junto com as pessoas com deficiência e sua família, em que verificamos as problemáticas e avanços no que diz respeito à política pública municipal e na forma em que se deu o atendimento a este segmento através da abordagem grupal, especificamente no grupo sócio-educativo da Regional de Assistência Social São Cristóvão.

De acordo com o que foi explanado, percebe-se que todos os segmentos sociais vulneráveis tiveram espaço nas ações e prioridades na Política

¹⁰ O desligamento ocorria, geralmente, quando a pessoa com deficiência cadastrada no grupo falecia (óbito).

Municipal de Assistência Social balizadas na descentralização político - administrativa, executada por meio das Regionais de Assistência Social sendo estas locus de efetivação das programas e projetos propostos.

Percebemos que, o espaço de participação dos sujeitos sociais é um elemento importante para se pensar e orientar as ações das políticas públicas, especificamente a de Assistência Social, devido a população a qual ela se destina e cujo baixo empoderamento precisa ser revertido se quisermos romper com a lógica de mercado presente nos dias de hoje. Dessa forma, nos próximos itens, buscaremos descrever de que forma as políticas públicas, especificamente a de assistência social, foi trabalhada na agenda constitucional, e de que forma a questão da pessoa com deficiência está relacionada com estas políticas na sociedade. Para isso, primeiramente caracterizaremos a deficiência e a definição terminológica utilizada a este segmento.

1.2 A contextualização histórica e epistemológica da pessoa com deficiência

A palavra “deficiente” adquire um valor cultural segundo padrões, regras e normas estabelecidos no bojo de suas relações sociais (RIBAS, 1985). No conjunto dos valores culturais que definem o indivíduo “normal”, estão incluídos padrões de beleza e estética voltados para o corpo escuturalmente “bem formado”, é por isso que se procura alcançar estes padrões. É neste sentido que, atualmente

O princípio da normalidade, introjetado (mais fortemente propagado hoje, pela lógica do mercado: quem é capaz ganha) nas pessoas, afeta, sobremaneira a pessoa com deficiência considerada anormal na sociedade, quando poderia ser vista, apenas, como diferente se considerarmos o princípio da diversidade humana (ROY, 2000, p.118).

Na Idade Antiga existem poucas informações sobre a deficiência, mas segundo Silva (2004) vários estudos indicam que as pessoas com deficiência eram abandonadas em locais desconhecidos, e que a prática de extermínio também esteve presente neste período. Nos séculos XIV, XV e XVI – período da inquisição, “muitas pessoas definidas como portadoras de algum tipo de deficiência foram exterminadas, sob a acusação de serem hereges” (SILVA, 2004, p. 23).

Com a finalidade de receberem uma sentença da “reprovação social”, nos séculos XVII e XVIII, a pessoa com deficiência era excluída da sociedade pois suas atitudes eram vistas como imorais. Até o século XVIII, já citado, estas pessoas eram classificadas por indigentes, vagabundos, libertinos, prostitutas, incapazes, loucos, idiotas, entre outros (SILVA, 2004) .

No final do século XIX até meados de 1910 (início do século XX), o termo utilizado para se referir a este segmento era “inválidos”, que significa “indivíduos sem valor”¹¹. Desde o início do século XX até a década de 1960, usava-se o termo “incapacitado”, que significava, “indivíduo sem capacidade” e, mais tarde em 1970 passou a significar “indivíduos com capacidade residual”¹², o que representou um avanço da sociedade reconhecer que a pessoa com deficiência poderia ter capacidade residual, mesmo que reduzida. De 1968 até mais ou menos 1975, utilizava-se o termo “deficientes” para indivíduos com deficiência tanto física, mental, auditiva, visual ou múltipla.

¹¹ Aquele que tinha algum tipo de deficiência era visto como socialmente “inútil”, um peso morto para a sociedade, um fardo para a família (SASSAKI, 2003).

¹² Durante várias décadas, era comum o uso deste termo para designar pessoas com deficiência de qualquer idade (SASSAKI, 2003).

Outro termo bastante utilizado na época também, foi “indivíduos excepcionais” remetido somente as pessoas com deficiência mental.

Hoje, sob regência da Constituição Federal de 1988, a nomenclatura utilizada é “pessoa portadora de deficiência”. Desde a constituição até a década de 1990, vários termos foram utilizados como: “pessoa portadora de deficiência”, “pessoas com necessidades especiais”, “portadores de necessidades especiais” e “pessoas especiais”.

Segundo Fávero,

O termo “pessoa portadora de deficiência” consta na Constituição Federal porque foi elaborada num momento histórico em que palavras com conotação muito negativa eram utilizadas frequentemente, como: surdo-mudo, retardado, débil mental, entre outras. Buscava-se naquele momento uma padronização que retirasse o foco da atenção da deficiência e passasse para a pessoa. No entanto, o foco acabou ficando no “portador”, não na *pessoa*. Os movimentos sociais identificaram que a expressão “portador” cai muito bem para coisas que a pessoa carrega e/ou pode deixar de lado (FÁVERO, 2004, p.21)

Concordando com Fávero (2004), concluiu-se que o melhor seria: “pessoa *com* deficiência”, posto que, deficiência é diferente de doença, basta imaginar que jamais falaríamos “pessoa portadora de olhos azuis” ou “pessoa portadora de cabelos escuros”, por exemplo. Talvez, pelo simples fato de perceber a limitação de algumas funções explique a grande dificuldade de se formular uma expressão universalmente aceita para definir ou conceituar aquele que vive a circunstância de alguma deficiência.

Atualmente, a expressão “pessoa com deficiência” passa a ser adotada preferencialmente, seja pelos profissionais que trabalham com este segmento ou

pelo próprio grupo das pessoas com deficiência. Assim, fazendo uma crítica aos termos comumente utilizados Tavares (2004, p. 02)¹³ esclarece que

[...] As pessoas com deficiência têm necessidades especiais; também os índios, não? Sinceramente, prefiro ser chamado de *pessoa com deficiência*, [...]. Melhor do que uma expressão também deficiente, o mais importante é não mistificar atrás de expressões que nos homogeneizam. Na medida em que me reconheço como uma pessoa com deficiência, [...] mais facilmente tenho consciência de minhas limitações e de meu potencial de superação.

A deficiência no ser humano, em qualquer das suas categorias não é um tema novo, sendo que com a ocorrência das duas guerras mundiais houve um considerável aumento de pessoas com deficiência (física e sensorial), e isso fez crescer a atenção a esta questão, exigindo do Estado uma posição protetora. No Brasil, as guerras não tiveram muito efeito nesse sentido.

Muitas vezes, as pessoas confundem doença e deficiência. As pessoas com deficiência - salvo exceções, não são pessoas doentes, pois a relação entre doença e deficiência é, de que algumas deficiências originam-se de alguma doença, como veremos adiante. Segundo Ribas (1985, p.32), “doença é um processo, deficiência é um estado físico ou mental eventualmente limitador”.

A palavra deficiência não deveria gerar esse reflexo negativo, pois “deficiência não é contrário de eficiência. O contrário de eficiência é ineficiência” (RIBAS, 1985, p. 31). Particularmente, quando nos referimos a seres humanos, a deficiência não deve ser traduzida como “imperfeição ou defeito”.

Neste caso, a deficiência indica falta, limitação, indica que alguém não possui certos atributos físicos, sensoriais e mentais comumente encontrados nas demais pessoas. De acordo com a Política Nacional de Integração da Pessoa

¹³ Messias Tavares é Diretor da APABB - Associação de Pais e Amigos de Pessoas Portadoras de

Portadora de Deficiência¹⁴ no seu artigo 3º são apresentadas as seguintes definições de deficiência:

Deficiência – é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que cause incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

Deficiência permanente – é aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e

Incapacidade – é uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida.

Existem alguns tipos de deficiência e a deficiência múltipla. Esta última é a associação de uma ou mais deficiências, e as demais são definidas como: deficiência física, que é a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções; deficiências

Deficiência dos Funcionários do Banco de Brasil.

¹⁴ Lei n 7853 de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo decreto nº 3298 de 20 de dezembro de 1999.

sensoriais, divididas em deficiência auditiva (perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras) e deficiência visual (acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° ou ocorrência simultânea de ambas as situações).

Outra deficiência é a mental, diagnosticada a partir do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização da comunidade, entre outras.

Atualmente, o Brasil possui 24 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência. O Censo 2000 mostra, em números, a quantidade de homens e mulheres, bem como, os respectivos tipos de deficiência encontrados no Brasil. Vejamos o quadro que segue.

Quadro 2 – Total de deficiências no Brasil

Tipo de deficiência	Visual	Motora	Auditiva	Mental	Física	Total de deficiências
Homem	7.259.074	3.295.071	3.018.218	1.545.462	861.196	15.979.021
Mulher	9.385.768	4.644.713	2.716.881	1.299.474	554.864	18.601.700
Total	16.644.842	7.939.784	5.735.099	2.844.936	1.416.060	34.580.721

Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2000.

Conforme o quadro, observamos que a deficiência visual é a que predomina no país, seguida da deficiência motora, auditiva, mental e física. As deficiências têm sua origem no pré-natal, peri ou pós-natal. Nesta primeira, após a fecundação, o embrião tem três meses para formar-se definitivamente, é nessa época que podem ocorrer às malformações. As causas basicamente são duas: doença da mãe ou do feto, distúrbios genéticos ou uso de drogas – lícitas ou não, por exemplo. Dentro das malformações de origem pré-natal, encontramos também as causas congênitas, que dizem respeito à carga genética transmitida

hereditariamente ao feto. As malformações ocorridas neste período pré-natal podem trazer qualquer um dos tipos de deficiência: a física, a mental ou a sensorial.

Na fase peri ou pós-natal as deficiências também podem surgir as quais são chamadas de deficiências adquiridas, que podem ocorrer por acidentes ou doenças. Sobre as doenças, principalmente as infecciosas que atacam os adultos e crianças, podem ser responsáveis por seqüelas, entre as mais comuns estão a varíola, meningite, sarampo, encefalite, poliomielite, hanseníase, entre outras. Estas podem trazer qualquer um dos tipos de deficiência.

Existem de outra forma, as doenças não-infecciosas, que acometem mais os adultos, são na maioria, a hipertensão, que pode ocasionar derrame cerebral e, conseqüentemente a hemiplegia¹⁵, e as doenças das artérias, que levam a amputações. As deficiências adquiridas podem ainda ter origem nos acidentes de parto, de trabalho, de trânsito, entre outros.

Em todo o processo de reconhecimento, aceitação, adaptação e reabilitação da pessoa com deficiência, entre si e com a sociedade, a família tem uma responsabilidade significativa pois é nela que ocorrem as primeiras experiências da pessoa com deficiência. Conforme vão crescendo, é na família que ela recebe o aprendizado para que se tornem independentes (ou não), e para que consigam de alguma forma enfrentar as barreiras e os problemas cotidianos na sua própria casa ou em outros locais de convivência.

Falar sobre o segmento pessoa com deficiência é falar em questão social¹⁶, haja vista que grande parte da população do Brasil é subnutrida, o que

¹⁵ Hemiplegia: paralisia total de um dos lados do corpo.

¹⁶ "Questão social sinônimo de problema social ou situação social problema [...]. A questão social está na base dos movimentos sociais da sociedade brasileira, como produto e condição da ordem burguesa" (RAICHELIS, 2000 p. 60). Diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades

leva a carência de diversos tipos de proteínas e vitaminas imprescindíveis para o organismo e para a geração de filhos com saúde. Assim, esta população está muito perto da deficiência, pois condições precárias de vida estão a um passo de doenças e deficiências. Em pleno século XXI, falta educação, preparo profissional, saneamento básico, higiene, prevenção, informação e, conseqüentemente, perspectiva de vida, ou seja, falta o exercício da cidadania requisito para a liberdade.

Quanto à nomenclatura utilizada, esta se desenvolve e muda de acordo com cada período histórico e com as diferentes realidades sociais existentes em cada um deles. Nosso principal objetivo é mostrar um pouco dessa construção histórica e de que maneira este segmento é visto pela sociedade, bem como o direcionamento do atendimento que é dado a esta população.

Portanto, no próximo item, visualizaremos a questão das políticas públicas desenvolvidas, analisando posteriormente a Política de Assistência Social: sua história, perspectivas, avanços e desafios no seu contexto geral e a respeito do segmento pessoa com deficiência e os seus direitos especificamente.

1.3 As Políticas Públicas direcionadas à Pessoa com Deficiência

Para iniciar nossa contextualização sobre as políticas públicas referentes as pessoas com deficiência, ponto de análise neste item, é necessário

sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana – o trabalho –, das condições necessárias a sua realização, assim como de seus frutos. A questão social, expressa, portanto, desigualdades econômicas, políticas e culturais das classes sociais, mediatizadas por disparidades nas relações de gênero, características étnico-raciais e formações regionais, colocando em causa amplos segmentos da sociedade civil no acesso aos bens da civilização (IAMAMOTO, 2002).

definir o que é política pública. Segundo Pereira apud Raichelis (2000, p. 59) esta é uma

Linha de ação coletiva que concretiza direitos sociais declarados e garantidos em lei. É mediante as políticas públicas que são distribuídos ou redistribuídos bens e serviços sociais, em resposta as demandas da sociedade. Por isso, o direito que as fundamenta é um direito coletivo e não individual [...].

Assim, vale ressaltar que a proteção as pessoas com deficiência vem dos direitos comuns a todos os sujeitos e dos seus direitos específicos, implementados por meio de políticas públicas, e esta

É uma forma de intervenção na realidade social, envolvendo diferentes sujeitos, portanto, condicionada por interesses e expectativas em torno de recursos. Pode também ser concebida como um conjunto de ações ou omissões do Estado decorrente de decisões e não-decisões, tendo como limites e condicionamentos os processos econômicos, políticos e sociais. Seu desenvolvimento se expressa por momentos articulados [...] materializadas mediante programas, projetos e serviços (SILVA, 2000, p. 67).

As políticas públicas direcionadas as pessoas com deficiência podem ser identificadas por um conjunto de momentos que para compreendê-los é necessário contextualizar a trajetória histórica das políticas sociais do Brasil, visualizando a maneira pela qual ela foi construída e qual a relevância dada pelo Estado.

Dessa forma, ao objetivar compreender esta trajetória não podemos deixar de falar sobre o *Welfare State*, termo inglês utilizado para se referir ao Estado de Bem Estar Social, e que Draibe (1988) o define como uma forma de regulação evidenciada pelas transformações ocorridas no âmbito da produção, abrangendo o Estado e a sociedade. O *Welfare State*¹⁷ constitui-se pela

¹⁷ Mais informações em ARRETCHE, Marta T. S. *Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: Teorias explicativas*. Rio de Janeiro: BIB, 1995.

transformação fundamental do próprio Estado, de sua estrutura, de suas funções e de sua legitimidade. As funções estatais de garantia de segurança externa, da liberdade econômica interna e da igualdade frente à lei são progressivamente substituídas por uma nova razão de ser, ou seja, “a distribuição de serviços sociais de base securitária e as transferências em dinheiro segundo critérios standardizados e de rotina não limitados à assistência de emergência” (DRAIBE, 1988, p.21). Isto aponta para uma resposta não somente a igualdade sócio-econômica, mas também por segurança sócio-econômica.

Conforme Arretche (1995) foi estabelecida às tipologias do *Welfare State*, que utilizando a teoria de Titmuss (1958) as definiu em três modelos. O primeiro modelo é denominado Residual, em que a política social intervém *ex-post*, quando os canais “naturais” e “tradicionais” de satisfação das necessidades não estão em condições de resolver determinadas exigências do indivíduo, ou seja, a intervenção tem caráter temporário e limitado e deve cessar com a eliminação da situação de emergência. O segundo modelo refere-se ao Meritocrático – Particularista, que está fundamentado na premissa de que cada um deve estar em condições de resolver suas próprias necessidades, em base a seu trabalho, a seu mérito, à produtividade. A política social intervém apenas corrigindo as ações do mercado. O terceiro e último modelo é denominado Institucional – Redistributivo, pois concebe este sistema como elemento importante e constitutivo das sociedades contemporâneas, voltado para a produção e distribuição de bens e serviços sociais “extra-mercado”, os quais são garantidos a todos os cidadãos, estando protegidos segundo critérios mais universalistas. Este é o ideal social-democrata do Estado de Bem Estar Social (TITMUSS apud ARRETCHÉ, 1995).

Na realidade brasileira prevaleceu um padrão de proteção social, caracterizado pela

Ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; descontinuidade da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2002, p. 126).

Dessa forma, Pereira (Ibid) divide as experiências em períodos históricos, segundo as particularidades brasileiras. O primeiro corresponde ao período anterior a 1930, em que o Estado quase não exercia o papel de agente regulador da área social e, portanto, não geria o processo de provisão social, deixando essa tarefa com o mercado, que atendia demandas e preferências individuais; com a iniciativa privada não mercantil que dava respostas tópicas e informais aos reclamos da pobreza; e com a polícia, que controlava, com repressão, a questão social então emergente. “A questão social é questão de polícia” , foi uma frase de Washington Luís que deflagrava a forma como a questão social era tratada.

As áreas, no conjunto das políticas sociais, que tiveram maior atenção foram o trabalho e a previdência, de forma limitada e precária (Lei Elói Chaves – relativa à previdência, Departamentos Nacionais do Trabalho e da Saúde, Código Sanitário, entre outros), denominado período *laissezfariano*, ou seja, o faça por conta própria.

O segundo período, de 1930 a 1964 foi considerado populista e de desenvolvimento, pois nos anos de 1930 a revolução liderada por Getúlio Vargas mudou o bloco de poder, posto que

Direcionou a política no sentido de transformar as relações Estado/sociedade para integração do mercado interno e desenvolvimento da industrialização, mantendo, ao mesmo tempo,

a economia de exportação de produtos agrícolas sem romper a dependência dos países centrais (FALEIROS, 2000, p.45).

Economicamente, a principal característica foi à passagem da economia agroexportadora para a urbano-industrial, que não foi acompanhada de forma igualitária no campo social. A política social brasileira nesse período funcionava como uma espécie de *zona cinzenta* (PEREIRA, 2002), operacionaliza barganhas populistas entre o Estado e parcelas da sociedade, em que a questão social era despolitizada. Este modelo getulista de proteção social se definia “como fragmentado em categorias, limitado e desigual na implementação dos benefícios, em troca de um controle social das classes trabalhadoras” (FALEIROS, 2000, p. 46).

Este período - 1930 a 1964 - englobou vários governos em que o contexto político ficou dimensionado em populista, em que fazia apelo a uma ideologia difusa de adesão das massas seja ao nacionalismo de Getúlio Vargas - 1937 a 1945, seja ao desenvolvimentismo de Juscelino Kubitschek – 1956 a 1961, seja ao moralismo de Jânio Quadros – 1962, seja ao reformismo de João Goulart – 1962 a 1964 (FALEIROS, 2000).

No período de 1962 até 1964 no governo de João Goulart, foi apresentado uma proposta mais progressista de política social. Entretanto, no intuito do governo em realizar reformas de base, reivindicadas pela sociedade e operacionalizar as mudanças no sistema eleitoral, na organização urbana, na educação superior e na relação prevalente do país com o capital estrangeiro, acabaram provocando

[...] Inquietações conservadoras, levando a burguesia industrial e a classe média (que temiam o socialismo) a se articularem com as velhas forças agromercantis para agir contra Goulart. Resultado: o golpe militar de 1964 e a inauguração de um outro padrão

(autoritário) político-administrativo no país (PEREIRA, 2002, p. 134).

A partir disso instaurou-se o golpe militar¹⁸, terceiro período que vai de 1964 a 1985 denominado tecnocrático-militar. As principais características verificadas neste período foram a nítida modificação no conteúdo do Estado, o qual deixa de ser uma organização populista tornando-se tecnocrática e centralizada. Houve uma reestruturação da máquina estatal, privilegiando o planejamento direto, a racionalização burocrática e a supremacia da técnica sobre a participação popular (PEREIRA, 2002).

Os programas sociais que foram desenvolvidos tinham como objetivo atender aos interesses específicos da economia de empresa, ou seja, embora financiados com o dinheiro público, a sua execução era privada. Entre os anos de 1967 e 1969, a política social esteve submetida ao critério da rentabilidade econômica. A partir de 1975 que o poder público, com o crescimento obtido na área econômica, preocupou-se com os mais pobres.

Segundo Paiva (1999, p. 19),

Ao longo do regime autoritário ocorre, portanto, a consolidação institucional essencialmente conservadora do sistema de proteção social, cujo padrão de financiamento é construído com critérios inversos ao princípio da equidade. [...] fato que [...] contribuiu de modo decisivo para a eliminação dos canais de acesso da população aos bens e serviços sociais.

Em 1974, o poder público estabelece que os idosos maiores de setenta (70) anos e os “inválidos”¹⁹ teriam um amparo previdenciário conhecido como

¹⁸“A ditadura militar se caracterizou por forte censura, ausência de eleições, controle do Congresso Nacional pelo poder militar, [...] e repressão violenta aos opositores, considerados subversivos por lutarem, de forma armada ou não, pela derrubada do sistema autoritário e sua substituição pelo sistema democrático e/ou socialista. Dezenas de brasileiros foram presos, torturados, exilados, mortos, desaparecidos” (FALEIROS, 2000, p. 47).

¹⁹ Terminologia utilizada, na época, referindo-se de “*pessoas com deficiência*”.

Renda Mensal Vitalícia – RMV, que foi instituído pela Lei nº 6.179 assegurando uma renda mensal aos beneficiários sob forma de transferência de renda²⁰.

De 1975 até meados de 1979 é que houve algum esforço do governo em tentar modificar a economia e ampliar a política social. Segundo Pereira (2002), estas ações tinham um objetivo estratégico bem específico que era o de reaproximar o Estado da sociedade, principalmente das massas, para manter os governantes de um regime que estava decaindo. Ocorreram neste período também, as reformas políticas outorgadas pelo governo Geisel conhecidas como “Pacote de Abril”, que foram a

Eleição indireta para governadores, eleição de um terço do senado por via indireta e inclusão de três sublegendas na eleição direta dos restantes; [...] antecipação do *quorum* para votação de emendas constitucionais pelo Congresso; [...] aumento do número de deputados federais; alteração do Colégio Eleitoral que elegeria o presidente da República; mandato de dois anos para os deputados a serem eleitos em 1980, de forma a haver coincidência das eleições municipais, estaduais e federais, a partir de 1982 (SROUR apud PEREIRA, 2002 p.143).

Estas reformas permitiram para que os vários movimentos sociais revigoraram-se em busca da democracia, em que, como alternativa ressurgem a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI), a Igreja Católica Progressista, com as suas comunidades Eclesiais de Base (CEB), a União Nacional dos Estudantes (UNE) e uma combativa classe operária.

As políticas sociais até 1985, funcionaram como uma espécie de cortina de fumaça (PEREIRA, 2002), ou seja, encobriam as verdadeiras intenções de um regime que brigava para não acabar. Assim, ampliaram-se os benefícios

²⁰ Este benefício foi extinto em 1993, com a aprovação da LOAS e com a instituição do Benefício de Prestação Continuada – BPC, a cargo da Assistência Social (PEREIRA, 2002). A Renda Mensal Vitalícia era vinculada a Previdência Social e tinha caráter assistencial (FALEIROS, 2000).

da ação estatal, e, portanto, ouviu-se falar no desenvolvimento social com objetivo próprio, articulando governo e a sociedade.

No subperíodo entre 1980 até 1985, no governo Figueiredo, ocorreu uma forte desarticulação do desenvolvimento social ocorrido nos anos anteriores, em que houve a diminuição dos gastos sociais, acompanhados de gradual redução das políticas sociais no planejamento e na gestão estatal. Com isso, o desemprego e a pobreza aumentaram, houve queda dos salários e mais uma vez, incapacidade do governo de apresentar respostas políticas às necessidades básicas.

Em contrapartida a este movimento, alguns avanços civis e políticos apareceram, como

Anistia (1979), com restituição dos direitos civis e políticos aos cidadãos cassados pelo regime militar, eleição para governadores (1982) e ampla campanha popular pelas "Diretas Já"²¹, graças a mobilização do povo através dos movimentos sociais (PEREIRA, 2002, p. 148).

A ruptura com o regime militar foi lenta e ocorreu de forma gradativa e, com a anistia, houve a concessão de direitos políticos e civis aos considerados inimigos do regime de segurança nacional.

No quarto período, entre os anos de 1985 a 1990 ficou caracterizado a reorganização institucional que culminou com a Assembléia Nacional Constituinte, em 1986, e por uma concepção de proteção social na qual tanto os direitos sociais quanto as políticas concretizadoras desses direitos receberam atenção especial.

Este período ficou denominado como "nova república". Segundo Pereira (2002, p. 152), as políticas sociais tornaram-se centrais na agenda de

²¹ Palavra de ordem utilizada pela sociedade civil exigindo eleições diretas para Presidente da República, conforme reivindicação dos movimentos sociais atuantes na época.

reformas institucionais, que resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988,

Graças à mobilização da sociedade [...], a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios, que [...] soaram, no Brasil como semântica conceitual e política. Os conceitos de “direitos sociais”, “seguridade social”, “universalização”, “equidade”, “descentralização político-administrativa”, “controle democrático”, “mínimos sociais”, dentre outros, passaram, de fato, a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país [...], tais inovações, assustaram os adeptos brasileiros da ortodoxia liberal.

Pela primeira vez na história política do país, no capítulo dos direitos sociais, inclui-se a assistência social como política pública numa Constituição Federal, compondo o Sistema de Seguridade Social e de direito. Neste sentido, em 1989, é sancionada a Lei nº 7.853, de 24 de outubro, denominada Política de Integração a pessoa portadora de deficiência, regulamentada somente em 1999 com o Decreto nº 3298. Esta política objetivava estabelecer normas gerais que assegurem o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência, e sua efetiva integração social.

De acordo com Raichelis (2000, p. 02):

A Constituição Federal introduziu avanços que buscaram corrigir as históricas iniquidades sociais acumuladas secularmente, incapaz de universalizar direitos e enraizar a cidadania nas práticas sociais, tendo em vista a longa tradição de privatização da coisa pública pelas classes dominantes.

O país então, passa por significativas mudanças políticas²², e foi neste contexto de crise econômica e ao mesmo tempo de conquistas da sociedade civil,

²² “Maior responsabilidade do Estado na regulação, financiamento e provisão de políticas sociais; universalização do acesso à benefícios e serviços; ampliação do caráter distributivo da seguridade social; controle democrático exercido pela sociedade sobre os atos e decisões do poder público; redefinição dos patamares mínimos dos valores dos benefícios sociais; e adoção de uma concepção de mínimos sociais como direito de todos” (PEREIRA, 2002, p.153).

que ocorreu a disseminação do ideário neoliberal, ajudando a consagrar nas urnas a vitória de um candidato “de estilo messiânico e quixotesco cuja principal plataforma era de combater os marajás, os corruptos, as mazelas sociais vistas não do lado da desigualdade na distribuição da renda e da violência do processo de acumulação” (OLIVEIRA apud PEREIRA, 2002, p.159), mas do lado da ineficácia do Estado. Elegeu-se Fernando Collor de Mello.

O quinto e último período refere-se ao início da década de 1990 aos dias atuais. Este foi o período da história da proteção social brasileira que incorporou as determinações externas, tanto na economia quanto na política. Com o processo de globalização mundial, o Brasil tornou-se campo de ampliação da ideologia neoliberal, que defende mudanças tecnológicas e o enfraquecimento dos partidos e das organizações de esquerda. Pereira (2002, p. 159), afirma que

A ideologia neoliberal em ascensão passou, cada vez mais, a avaliar políticas de ingerência privada. Isso teve como resultado uma alteração na articulação entre Estado e sociedade no processo de proteção social, concorrendo para o rebaixamento da qualidade de vida e de cidadania de consideráveis parcelas da população do planeta.

Entre 1990 e 1992, o governo Collor²³ transformou a política social em “prima pobre” da política econômica. Houve assim, uma grande diferença entre a sua proposta eleitoral e a sua prática governamental, adotando medidas de liberação a integração da economia nacional com a internacional, ou seja, intensificando a inserção do neoliberalismo no país.

²³ A imprensa brasileira denominou esse período de “a era Collor”.

Em seu governo, entre várias medidas que confrontavam com a Constituição Federal de 1988, houve o veto ao projeto de criação da Lei Orgânica da Assistência Social. A população sai às ruas, pois não está satisfeita com o desmonte dos cofres públicos e nem com o contínuo descaso do Estado com as necessidades do povo. Então, no final de 1992, acontece o *impeachment* de Fernando Collor de Melo, e em seu posto assume o vice-presidente Itamar Franco.

Na esfera econômica, o seu maior feito foi o controle da inflação por meio do Plano Real, em que adotou uma nova moeda chamada real. Elaborado pelo Ministro da Fazenda daquele período, Fernando Henrique Cardoso - FHC, que posteriormente tornou-se candidato a presidência da república da situação e em 1994 saiu-se vitorioso.

Não podemos deixar de destacar a aprovação, em dezembro de 1993 da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, relegada ao esquecimento por cinco anos, que regulamentou os artigos constitucionais 203 e 204. Esta aprovação se deu através de pressões externas e pela atuação do Ministério Público²⁴. Após as eleições presidenciais de 1994, em que Fernando Henrique Cardoso saiu vitorioso, sendo reeleito em 1998, fica evidente que sua prioridade era a política monetária, pois não deu significativa atenção à política social. Nestes oito anos, criou o Programa Comunidade Solidária como estratégia de combate à pobreza, o que divergiu com a nova concepção de assistência social preconizada na Constituição Federal e regulamentada pela LOAS.

²⁴ O Ministério Público ameaçou mover ação de inconstitucionalidade por omissão, contra o chefe do executivo federal (PAIVA, 1999, p. 25).

Após contemplarmos na construção deste trabalho a contextualização histórica da política social no Brasil, daremos ênfase na esfera da Seguridade Social, pois, nela estão compreendidas as áreas da Saúde, da Previdência Social e da Assistência Social, sendo esta última parte constitutiva desta análise. Posterior a esta, descreveremos alguns direitos alcançados pelas pessoas com deficiência no decorrer destes últimos anos.

A Seguridade Social, citada na Constituição Federal de 1988 no seu artigo 194, compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social, conhecidas como o “tripé da Seguridade Social”. Esta reconheceu o direito à proteção de crianças e adolescentes, idosos, pessoa com deficiência, entre outros. Com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social, citada anteriormente, ficam estabelecidos importantes processos do direito social, sendo financiados pelo poder público, ou seja, a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado, tendo este que financiar, planejar, executar e implementar esta política pública.

A Constituição Federal de 1988, juntamente com as Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social, o Estatuto da Criança e do Adolescente, Lei e Diretrizes de Base da Educação, entre outras, especificam competências, ações transeitoriais, e o “reordenamento político-institucional com vistas a referenciar o papel das três esferas de governo, no modelo participativo e descentralizado, permitindo assegurar os direitos de todos os cidadãos brasileiros” (CARVALHO, 1999, p.17).

A Assistência Social como política pública deve ofertar a provisão de necessidades fora do mercado, ou seja, sustentadas pelo orçamento público

como garantia social, que devem “assegurar a redução/eliminação de vulnerabilidades que fragilizam a resistência do cidadão e da família ao processo de exclusão” (YASBEK, 1996, p. 46).

A política de Assistência Social deve redimensionar sua atuação junto à pessoa com deficiência, estreitando suas relações com as demais políticas públicas viabilizando o acesso destes serviços. As ações desta política, principalmente as específicas, destinadas à pessoa com deficiência são desenvolvidas por governos estaduais, municipais e entidades sociais conveniadas, que envolvem financiamento destes serviços.

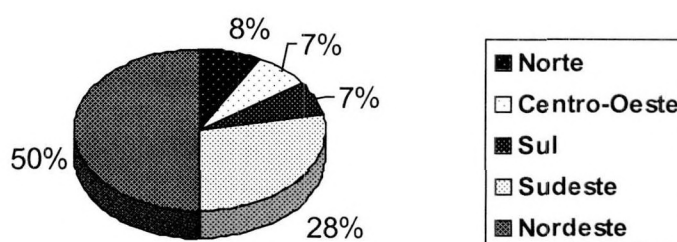
De acordo com Carvalho (1999), os recursos financeiros²⁵ oriundos da área de Assistência Social, embora destinados inicialmente ao pagamento dos serviços mencionados anteriormente, vêm nos últimos anos, junto com as demais políticas públicas, apoiar novos serviços de proteção social as pessoas com deficiência, como: as atividades de preparação e incorporação no mercado de trabalho, a estruturação de casas-lares, o apoio a serviços de abrigos de proteção às pessoas com deficiência em situação de abandono, o atendimento a pessoa com deficiência no próprio domicílio e o atendimento a idosos com deficiência.

No que se refere a benefícios, ficou assegurado na Constituição Federal e regulamentado pela LOAS, a concessão de um salário mínimo mensal como Benefício de Prestação Continuada - BPC aos idosos (acima 65 anos) e às pessoas com deficiência, em situação de pobreza e incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Este benefício foi implantado em 1º de janeiro de

²⁵ Esses recursos destinam-se “a revitalização dos serviços prestados, a aquisição de equipamentos a realização de reformas e ampliações de instalações físicas, à produção de ajudas técnicas e ao desenvolvimento de programas de profissionalização” (CARVALHO, 1999 p.20).

1996, sendo que em 1997 foram concedidos 576.879 benefícios e até dezembro de 2004 foram 2.061.013, distribuídos por região da seguinte maneira.

**Figura 1 - Distribuição Percentual de BPC
por Região - 1997**

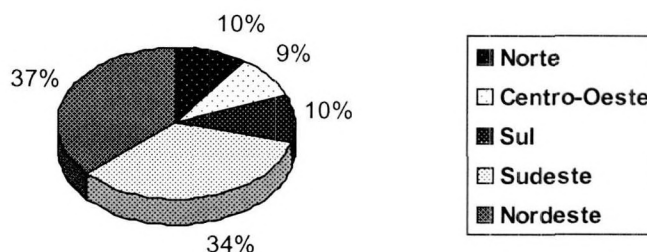


Fonte: SAS/MPAS apud CARVALHO, 1999.

Na figura 1 verificamos a distribuição percentual do benefício de prestação continuada por regiões do país no ano de 1997, em que constatamos que a maior concentração de benefícios é na região nordeste com 50% do total. Depois, estão as regiões sudeste com 28%, a região norte com 8%, sul e centro – oeste com 7% de benefícios.

No ano de 2004, foi registrado o percentual do Benefício de Prestação Continuada por Região constatando que a região nordeste continua concentrando mais benefícios com 37% do total, seguida pela região sudeste com 34%, sul e norte com 10% e, por fim, pela região centro-oeste com 9% do total.

**Figura 2 - Distribuição percentual de BPC
por Região - 2004**

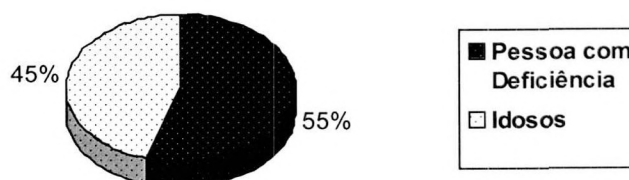


Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

Se compararmos o ano de 1997 até 2004, verificamos que hoje a região nordeste é a que mais tem concessão de benefícios, talvez por ser uma das regiões mais pobres do país e mais populosa. A região sudeste por ter a maior região metropolitana concentrada no Estado de São Paulo, de 1997 a 2004 esteve em segundo lugar variando de 28% a 34% respectivamente.

Houve a concessão, até o ano de 2004, de 1.127.849 benefícios às pessoas com deficiência e 933.164 aos idosos, conforme percentual visualizado na figura seguinte.

**Figura 3 - Concessão de BPC em
percentual: pessoa com deficiência e
idosos - até 2004**



Fonte: Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005.

A figura 3 mostra que 55% do BPC está concedido as pessoas com deficiências e 45% a idosos. O Benefício de Prestação Continuada, embora esteja restrito a dois segmentos, indica de um lado, a direção de seu caráter universalizante constituindo transferência direta de renda mínima, e que é firmado e consolidado na medida em que compõe um conjunto de serviços, programas, projetos e outros benefícios eventuais, os quais, realizados de forma integrada, “materializam e configuram uma política de provisão de necessidades” (GOMES, 1999, p.94).

Por outro lado, é um benefício seletivo

Cujos critérios de elegibilidade circunscrevem-no nos limites da sobrevivência, da absoluta vulnerabilidade e do risco social, seja pela situação de deficiência e de velhice, seja pelo corte de renda que se encontra abaixo da linha da indigência [...] (GOMES, 2001, p.82).

Desse ponto de vista, o BPC se separa de uma política pública viabilizadora de direitos universais, dado o seu grau de seletividade, torna-se, pois, um direito arbitrário, restrito, dependente especialmente de verificação de cumprimento dos critérios para acesso, de um atestado de necessidade o que marca os beneficiários pelo estigma de necessitado (GOMES, 1999).

Após 1981, Ano internacional da Pessoa com Deficiência, articulações e entidades de pessoas com deficiência assim surgiram, vários grupos sociais reivindicaram uma identidade própria. Levantaram as vozes o povo negro, os povos indígenas, o movimento dos trabalhadores rurais sem terra, as mulheres, as pessoas com deficiência, entre outros. Neste mesmo ano foi instituído também o dia três de dezembro como dia internacional da pessoa com deficiência, objetivando conscientizar as pessoas para a igualdade de oportunidades a todos.

Vários direitos fundamentais foram garantidos através de reivindicações das pessoas com deficiência no exercício da sua cidadania, dentre eles estão os constitucionais²⁶ e os específicos²⁷.

O Município e o Estado constituem espaços privilegiados para construção dos direitos, para isso as leis federais precisam ser regulamentadas localmente: os conselhos dos direitos da pessoa com deficiência, a lei do Estatuto da Cidade cobrada e implementada nos municípios com participação da sociedade civil, a língua brasileira de sinais reconhecida nos Estados, ensinada nas escolas e presente nos serviços públicos, sem falar na necessidade de uma maior qualificação das entidades e núcleos de defesa de direitos acerca deste segmento.

No que diz respeito a implementação da rede de serviços assistenciais, que visa a proteção e inclusão social das pessoas com deficiência, devemos destacar as competências do poder público em cada esfera descrita segundo a LOAS no capítulo III Da organização e Gestão, em que as ações básicas devem ser ofertadas no município, ações com pouca demanda local e de alto custo devem ser assumidas pela esfera estadual, em pólos regionais e o benefício de prestação continuada é gerido pela esfera federal.

²⁶ São considerados como direitos constitucionais a habilitação, a reabilitação e a integração à vida comunitária (art. 203, IV), a proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão (art. 7, XXXI), o acesso ao serviço público por meio de reserva de percentual dos cargos e empregos públicos (art. 37, §VIII), um salário mínimo mensal para aqueles que não possuam meios de prover a própria subsistência (art. 203, §V), o atendimento educacional especializado e na rede regular de ensino (art. 208, III), a eliminação de obstáculos arquitetônicos e o acesso ao transporte coletivo (art. 227, II e §2, e art. 244), contemplados na Constituição Federal de 1988.

²⁷ A legislação específica dá condições primordiais para alcançar o direito fundamental de todos, vale ressaltar a lei 7853/89, que traz o modelo de garantias na área da educação, da saúde, da formação profissional e do trabalho, das edificações e da criminalização do preconceito, em que legitima ainda o Ministério Público e as associações, em nome dos seus associados, para pleitear os direitos difusos e coletivos das pessoas com deficiência. Destaca-se ainda a lei 10.098 de 19 de dezembro de 2000 que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com mobilidade reduzida no meio físico das cidades, nos meios de transporte e nos sistemas de comunicação.

Assim, os serviços municipais de proteção e inclusão social são a base local. Tais ações de proteção básica podem ser definidas como: apoio, informação, orientação e encaminhamento; requerimento do benefício de prestação continuada; fomento e apoio às pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade pela deficiência e pelo nível de pobreza, no seu processo de habilitação, reabilitação e integração à vida comunitária; desenvolvimento de serviços, programas e projetos de proteção especial às pessoas com deficiência e prestação continuada dos prestadores de serviços (CARVALHO,1999).

As esferas estadual e federal, anteriormente citada, também possuem competências próprias. A primeira, tem a responsabilidade de destinar recursos financeiros aos municípios participando do custeio do pagamento de benefícios eventuais, programas, projetos e serviços. A segunda cabe definir a Política Nacional de Assistência Social para o segmento pessoa com deficiência, tendo a responsabilidade da gestão do Benefício de Prestação Continuada, por se tratar de cobertura nacional.

Nesse sentido, a implementação das políticas públicas dependem das ações desenvolvidas por cada esfera de governo dentro de suas atribuições, mas não prescindem dos movimentos sociais. São muitas as experiências espalhadas pelo país, apontando caminhos responsáveis e comprometidos com a efetivação das políticas públicas e dos direitos das pessoas com deficiência. A partir disso, no próximo capítulo, faremos a análise de acordo com a experiência de estágio, na rede pública de âmbito municipal, abrangendo o atendimento das pessoas com deficiência por meio da abordagem grupal existentes no município de Chapecó/SC.

2 APRESENTADO A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NO GRUPO SÓCIO-EDUCATIVO

Este capítulo objetiva analisar, qualitativamente, a experiência vivenciada no estágio curricular obrigatório do curso de Serviço Social, cujo espaço privilegiado deste aprendizado foi no Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência da Prefeitura Municipal de Chapecó/SC. Para além disto, pretendemos descrever, identificando quantitativamente, o perfil dos membros do grupo sócio-educativo da Regional de Assistência Social São Cristóvão, evidenciando a importância do referido grupo sócio-educativo para a pessoa com deficiência e sua família.

O Estágio Curricular Obrigatório foi realizado na Prefeitura Municipal de Chapecó/SC na Secretaria de Assistência Social e Habitação, vinculado ao Departamento de Triagem e Atendimento Social, por meio do Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência na Regional de Assistência Social São Cristóvão.

Esta experiência possibilitou a execução da Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, desenvolvida neste caso, no âmbito municipal, em que a troca de informação entre a comunidade, a família e os serviços existentes para atender a esta população foram facilitados na perspectiva de incluir a pessoa com deficiência na sociedade. Essas trocas se deram por meio da participação da pessoa com deficiência e de sua família em um Grupo Sócio-Educativo e das atribuições e competência do profissional de Serviço Social orientando e atendendo esta população.

Observamos no decorrer do estágio que a desinformação sobre as necessidades, possibilidades e direitos das pessoas com deficiência é bastante

significativa, gerando preconceitos culturais e sociais. Neste cenário, a família acaba muitas vezes, por assumir os cuidados e as responsabilidades de forma solitária, configurando-se a desinformação como grande complicador na atenção a este segmento. A população em geral, não tem informações e nem compreensão sobre as deficiências, suas causas e conseqüências, bem como as alternativas de atendimento.

Deve-se então, fazer um esforço para articular as políticas públicas objetivando elevar a qualidade de vida e índices de inclusão social, econômica, cultural e política. É preciso superar a idéia de que apenas renda, habilitação e reabilitação são suficientes para garantir condições de vida as pessoas com deficiência e aos seus familiares. Condições como o acesso a bens e serviços de infra-estrutura social e urbana, são igualmente fundamentais, assim como, o acesso a proteção especial para os mais vulnerabilizados pela pobreza e exclusão (CARVALHO, 1999).

Assim, é necessário analisar a experiência de estágio na esfera municipal, pois é neste espaço que ocorre o contato direto com o usuário na forma de atenção básica de proteção à pessoa com deficiência e sua família, vislumbrando por meio da abordagem grupal - configurada pelo Grupo Sócio-Educativo - um instrumental de intervenção do profissional de Serviço Social.

Neste capítulo, no primeiro item, iremos abordar a maneira como era feita a inserção dos sujeitos no grupo, seus objetivos, diretrizes e forma de atendimento realizado pela Regional de Assistência Social São Cristóvão. No segundo, por meio de pesquisa quanti-qualitativa, descreveremos a experiência de estágio analisando a importância do grupo sócio-educativo para as pessoas

com deficiência e sua família, bem como o perfil dos membros do grupo demonstrados por figuras.

No terceiro e último item, contextualizaremos o Serviço Social como referência do grupo sócio-educativo, suas atribuições, contribuições, avanços e desafios nos dias de hoje.

2.1 A inserção no Grupo Sócio-Educativo

O Estado, por meio de suas instituições sociais e políticas, é veiculado como instância da ordem e da autoridade superior sobre a sociedade civil, configurando-se como uma relação de dominação. Dessa forma, “através de seu monopólio de instituições, o Estado ajuda a manter e a reproduzir as estruturas da sociedade a partir da ótica dos interesses dominantes” (ALMEIDA apud YAZBEK, 1996, p. 19). Vale ressaltar que é da sociedade civil que vem as demandas que o Estado é encarregado a atender, e este em contrapartida, produz políticas e espaços voltados ao atendimento das necessidades sociais da sociedade, ao menos esta é a prerrogativa, em tese. Para Yazbek (1996, p. 19), existe uma contraposição a esta lógica que é observada a partir de

Práticas de enfrentamento e de busca de superação da subalternidade [...], nos movimentos sociais, nos partidos políticos, nas lutas sociais e políticas da maioria da população brasileira e em práticas cotidianas de contestação e resistência à dominação. [...] Ao adquirir visibilidade, conquistar direitos e protagonismo social, as classes subalternas avançam no processo de ruptura com a condição subalterna e na produção de uma outra cultura em que prevaleçam seus interesses de classe.

A autora usa o termo classe subalterna para nomear classes, em que se inserem os usuários das políticas públicas. Esta subalternidade diz respeito à ausência de poder de mando, de poder de decisão, de poder de criação e de

direção (YAZBEK, 1996). Nesta perspectiva Almeida relata que, “a subalternidade faz parte do mundo dos dominados, dos submetidos à exploração e à exclusão social, econômica e política” (apud YAZBEK, 1996, p.18).

Diante de diferentes situações de “subalternidade”, de risco e vulnerabilidade social, especialmente identificadas em crianças, adolescentes, idosos, pessoas com deficiência e mulheres vítimas de violência, o município de Chapecó passou a estruturar serviços especializados com o objetivo de assegurar a imediata proteção social e desenvolver o acompanhamento sócio-familiar com vistas à recuperação e fortalecimento destes sujeitos. Embora haja uma articulação nestes diferentes segmentos nos deteremos a pessoa com deficiência, foco de nosso estudo.

As ações da Política de Atendimento à Pessoa com Deficiência desenvolvidas no município de Chapecó resultaram em muitos avanços tendo sua abrangência expandida significativamente, conforme quadro comparativo a seguir.

Quadro 3 – Avanço no desenvolvimento das ações

Ano	Ações desenvolvidas
Até 1996	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento centralizado na Secretaria no centro da cidade; - Atendimento individual com repasse de materiais e serviço de visitas domiciliares.
1997 até 2004	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento em nove (09) grupos sócio-educativos nas diferentes Regionais de Assistência Social; - Plantão Social com repasse de benefício eventual e emergencial através das Regionais de Assistência Social; - Atendimento articulado com a Secretaria de Educação, Cultura, Saúde, Esporte e Planejamento Urbano; - Realização de atividades de esporte e lazer (gincana, jogos especiais, etc.); - Atendimento à família através das assistentes sociais e monitores sociais; - Garantia do transporte gratuito para fisioterapia; - Conquista do transporte coletivo adaptado; - Repasse de materiais para pessoas com deficiência (muletas, cadeira de roda, andador, fraldas); - Encaminhamento e acompanhamento de pessoas com deficiência para o Benefício de Prestação Continuada – BPC/LOAS.

Fonte: Secretaria de Assistência Social e Habitação/Política de Assistência Social, 2004.

Diante do quadro, percebe-se que houve significativas alterações na forma e na abrangência das ações propostas apartir do ano de 1997. Com a territorialização, por meio das RAS, aumentou o número de famílias atendidas, possibilitando a articulação com outras secretarias municipais, a formação dos grupos sócio-educativos, encaminhamentos e acompanhamentos à pessoa com deficiência para o Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Essa política municipal adotada pela Secretaria de Assistência Social atendeu, aproximadamente, 2100 pessoas inseridas nos diversos programas e projetos implementados nas nove Regionais de Assistência Social no município. Nesta perspectiva visualizaremos o quadro a seguir que comungará com esta informação, concernente a ampliação do número de atendimentos.

Quadro 4 – Atendimentos no programa até 2004

Número de Atendimentos	
Até 1996	A partir de 1997 até 2004
420 pessoas	<ul style="list-style-type: none"> - Nos grupos: 250 pessoas; - Plantão Social: 450; - Atendimento através de convênios com entidades: 800 pessoas; - Beneficiados com Renda Cidadã (Complementação de Renda): 20 pessoas; - Benefício de Prestação Continuada – LOAS: 580 pessoas. <p>TOTAL: 2100 pessoas</p>

Fonte: Secretaria de Assistência Social e Habitação/Política de Assistência Social, 2004.

Como observamos, o Programa de atendimento à pessoa com deficiência possuía atendimento individual e grupal. Como nosso objetivo é analisar a experiência de estágio na abordagem grupal nos deteremos a este espaço.

Nesses parâmetros, grupo “é um conjunto de pessoas unidas entre si porque se colocam objetivos e/ou ideais em comum e se reconhecem interligadas

por estes objetivos e/ou ideais” (AFONSO, 2003, p. 19). Desde o nascimento o indivíduo participa de diferentes grupos, numa constante dialética entre a busca da sua identidade individual e a necessidade de uma identidade grupal e social.

Nascemos e crescemos na vida em grupo que pode se configurar no espaço da família, da escola, entre amigos, do trabalho, entre outros. Desta forma, todos os integrantes de um grupo trazem consigo seu mundo interno, conforme suas histórias de vida, que “são histórias constituídas pelas suas relações pessoais, familiares, profissionais e comunitárias” (GUIMARÃES, 2002, p. 168).

Existem vários tipos de grupos, dentre eles os denominados grupos sócio-educativos, que objetivam conhecer as crenças, idéias e sentimentos de seus participantes visando a sua reflexão, adaptação e/ou mudança estimulando novas aprendizagens, para o enfrentamento de uma dada problemática. Assim, este modelo de grupo tem como principal aspecto à questão educativa e que, na maioria das vezes o coordenador do grupo tem um papel importante que se aproxima bastante do papel de um educador. Esta categoria de grupo constitui uma opção de trabalho importante e muito útil quando o tempo de intervenção é curto e as condições limitadas (AFONSO, 2003).

Para a inserção no Grupo Sócio-Educativo da pessoa com deficiência não havia critérios seletivos²⁸, pois toda pessoa com deficiência e sua família era convidada a participar deste espaço de formação e informação. O objetivo geral deste grupo era de

Fortalecer os serviços e benefícios, visando a garantia de proteção e a melhoria da condição de vida, em que era

²⁸ Critérios como renda “per capita”, por exemplo.

possibilitado o repasse de materiais de uso contínuo²⁹ pelas Regionais de Assistência Social e nos referidos grupos, e também, incentivar a participação da pessoa com deficiência nas mais diversas atividades da vida comunitária (PROJETO TÉCNICO, 2003, p. 03).

Além do objetivo geral, dentro das diretrizes dos grupos sócio-educativos, havia também os objetivos específicos tais como

Promover a integração da pessoa com deficiência entre si, com a comunidade, com outros grupos e com a sociedade em geral; proporcionar momentos de informação e formação sobre assuntos gerais e do interesse das pessoas com deficiência e sua família; desenvolver atividades culturais, esportivas e recreativas; proporcionar melhoria na qualidade de vida das pessoas com deficiência e de sua família (Ibid).

Para materialização destes objetivos foram desenvolvidas, através do Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência, nas Regionais de Assistência Social as seguintes atividades junto às pessoas com deficiência e sua família:

- Atendimento de forma individualizada e familiar;
- Visitas domiciliares de acompanhamento;
- Repasses emergenciais de fraldas, muletas, cadeira de rodas, vale transporte, lona, roupa, entre outros;
- Encaminhamentos para as demais secretarias e entidades conveniadas.

Os grupos sócio-educativos funcionavam com reuniões mensais tinham caráter informativo e formativo como já destacamos anteriormente. Desta forma, o primeiro baseava-se em informações quanto aos direitos, no que se refere à saúde, previdência social, assistência social, educação, habitação, segurança,

²⁹ É o tipo de material que não pode deixar de ser utilizado para que se mantenha a higiene

entre outras temáticas. Já o segundo diz respeito à organização social, no repasse de auxílio e na disponibilidade de empréstimo de cadeiras de rodas, andadores, muletas, bengalas, entre outros benefícios. Para além destes grupos havia incentivo à participação de eventos como jogos especiais³⁰, gincanas³¹, caravanas da cidadania³², entre outros.

Cada grupo era cadastrado no Programa de Atendimento a Pessoa com Deficiência que posteriormente, recebia o atendimento de um monitor social da Regional em que este fazia parte. Todos os grupos possuíam uma organização interna com livro ata, caderno de presença, livro caixa e arquivo morto. Este possuía também uma coordenação, cadastros dos membros do grupo e acompanhamento de um monitor social e assistente social.

Após a formação do grupo, os participantes estabelecem entre si novas relações, as quais passam a integrar o mundo interno de cada um, agindo e esperando reações a partir dessa mútua representação interna que os envolvem.

Nesse contexto, “torna-se muito importante à comunicação e o diálogo em torno dos desejos e anseios que conduzem à concretização das múltiplas tarefas que desafiam a existência do grupo” (GUIMARÃES, 2002, p. 168). Origina-se um novo momento, no qual as famílias trazem suas angústias, frustrações e sofrimentos, ao mesmo tempo em que se empenham juntas para

pessoal, por exemplo as fraldas descartáveis para aqueles cuja deficiência os impossibilita de controlar suas necessidades fisiológicas.

³⁰ Jogos direcionados a pessoa com deficiência e com as devidas adaptações de acordo com cada modalidade e com cada deficiência.

³¹ Desenvolvidas para integrar os grupos de pessoas com deficiência da prefeitura e de entidades não governamentais incentivando para a prática de brincadeiras e descontração.

³² Definição dada para atividades relacionadas a confecção de documentos, corte de cabelo, exposição de artesanato, entre outras em um dia específico direcionado a pessoa com deficiência, familiares e comunidade em geral. Proporcionava-se as pessoas “sem deficiência” a vivência de andar de cadeira de rodas, com vendas nos olhos, com as pernas amarradas e com ouvidos tapados para que experimentassem um pouquinho do cotidiano das pessoas com deficiência atravessando a rua, andando na calçada, passando o semáforo, entre outras.

minimizá-lo ou superá-lo, levando em consideração a experiência vivida e as discussões de histórias de vida.

O espaço grupal é construído para que as pessoas possam ter oportunidades de rever histórias pessoais e ações que se tornaram referência para suas relações com os membros de suas famílias e com o mundo. Dessa forma, para que haja uma maior compreensão sobre as relações e histórias construídas no grupo sócio-educativo é necessário também, conhecer seus membros, bem como analisar qualitativamente a importância do grupo sócio-educativo por meio da “fala dos sujeitos” percebida durante o processo de estágio e que será descrita no próximo ponto.

2.2 A população a quem o Grupo Sócio-Educativo é dirigido e a importância do Grupo na fala dos sujeitos

Pensar as pessoas com deficiência e sua família é pensar sobre um grupo heterogêneo que pode significar ser homem ou mulher, criança, adulto ou idoso, pertencendo a “estratos econômicos e sociais diferenciados, oriundos de famílias com valores distintos, habitantes de regiões brasileiras desiguais” (CARVALHO, 1999, p. 23).

Vivemos hoje relações acirradas dentro da conjuntura econômica em que a minoria detentora do poder³³ “deixa de lado” grande parte da população. Estas relações que produzem o empobrecimento acabam por produzir, também, a exclusão social, que se caracteriza por um processo de aprofundamento das desigualdades sociais interferindo não somente na exclusão econômica, mas “nos aspectos subjetivos, culturais, de acesso à educação, seguridade social,

³³ Relacionado a quem possui o poder econômico, os meios de produção.

participação, convivência familiar e comunitária” (ANDRADE; SEABRA, 2004, p. 240).

A expressão da família se faz através da representação social dos filhos, pois a família carrega valores em suas histórias, que é potencializadora de afetos, solidariedade, interdependência e reciprocidade. De acordo com Reis (2001), é na família que aprendemos a perceber o mundo e nos situarmos nele, ela é a formadora de nossa primeira identidade social, é o primeiro “nós” a quem aprendemos a nos referir.

A família é um grupo social que mantém uma relação com o contexto sócio cultural em que está inserida. É ela que dá respostas possíveis para suprir suas demandas, objetivos e suas fragilidades. A família é condição de “resistência e sobrevivência, pois possibilita apoio, afetos, rendimentos, moradia, saúde” (CARVALHO, 2003, p.17). Mas, é inviável entender o grupo familiar sem considerá-lo dentro da complexa trama social e histórica que o envolve.

Além das pessoas com deficiência, as famílias foram os atores principais do grupo, que nos possibilitou a identificação de situações semelhantes, o apoio mútuo, a troca de experiências e da dinâmica familiar, bem como a quebra de isolamento social que geralmente acontece em famílias em que um dos membros apresenta algum tipo de deficiência.

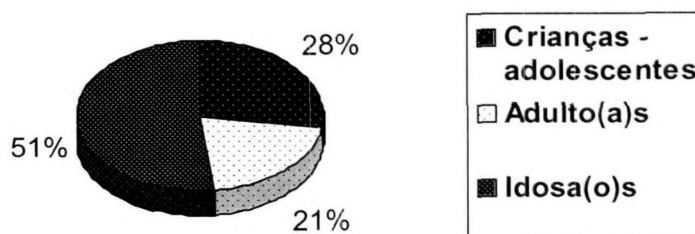
A partir desta conjuntura, é importante conhecer a realidade familiar das pessoas com deficiência, membros do grupo sócio-educativo do Programa de atendimento a pessoa com deficiência em Chapecó/SC, “indivíduos que pouco conhecemos e que devemos ‘descobrir’, se é que essa é a palavra adequada, diante de um segmento social concreto ao qual não pertencemos” (YAZBEK, 1996, p. 84).

Foram pesquisados, na sua totalidade, os vinte e nove membros do grupo da qual descreveremos e mostraremos quantitativamente por meio de figuras³⁴ informações sobre idade, sexo, situação conjugal, familiar responsável, tipos de deficiência e sua renda. Destes, cinco foram escolhidos para a realização da entrevista, objetivando perceber a importância do grupo sócio-educativo para esses sujeitos³⁵ e sua família, sendo três homens (adulto, criança e idoso) e duas mulheres (idosa e adolescente), tendo em comum a experiência de ser uma pessoa com deficiência ou tê-la em sua família. Vale ressaltar que, para manter sigilo, o nome das pessoas pesquisadas citado neste trabalho são fictícios.

Primeiramente, iniciaremos com a idade dos membros do grupo. Delimitamos as idades de 0 a 17 anos referindo-se as crianças e adolescentes (conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente), para adultos as idades entre 18 a 59 anos e idoso(a)s a partir de 60 anos, como estabelece o Estatuto do Idoso.

Dessa forma, verificamos que 51% dos membros do grupo são idoso(a)s, 28% crianças e/ou adolescentes e 21% estão em idade adulta.

Figura 4 - Idade



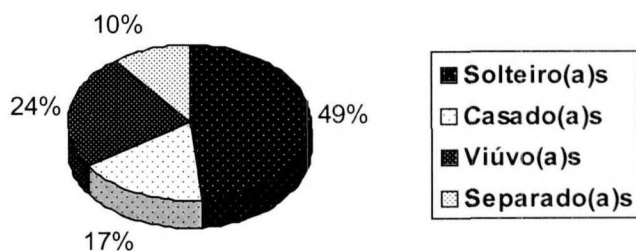
³⁴ As figuras apresentadas neste capítulo são resultado da pesquisa da qual este trabalho se propôs a analisar.

³⁵ Estes sujeitos são conceituados neste estudo como o “[...] agente socializado que sofre a ação de regras transindividuais, mas que é dotado de subjetividade” (FIGUEIRA apud YAZBEK, 1996, p. 84), as emoções, a fantasia e o desejo.

Nota-se que a maioria dos membros do grupo são idosos, sendo esta uma etapa do ser humano no seu processo de desenvolvimento. Alguns tipos de deficiência podem causar sinais de envelhecimento precoce, outras provocam comprometimentos à saúde de maior ou menor gravidade. Hoje encontramos uma população de pessoas com deficiência na terceira idade significativamente grande, o que se deu devido aos avanços da medicina.

Percebe-se ainda que, dentre os membros, 41% são mulheres e 59% homens, sendo que destes, 59% são solteiro(a)s, 17% casado(a)s, os viúvo(a)s são 24% e os que estão separado(a)s 10%.

Figura 5 - Situação Conjugal



A situação conjugal, configura-se dessa forma, como um retrato da “ausência do provedor masculino”. No universo familiar, existe uma divisão de autoridades entre o homem e a mulher na família, que corresponde à “diferenciação que fazem entre a casa e a família” (SARTI, 2003, p. 28). Assim “a casa é identificada com a mulher, e a família com o homem. Casa e família, como mulher e homem constituem um par complementar, mas hierárquico” (Loc. Cit.).

Em consonância com a lógica do homem sobre a mulher e da família sobre a casa,

O homem é considerado chefe de família e a mulher, a chefe da casa. O homem corporifica a idéia de autoridade, como uma

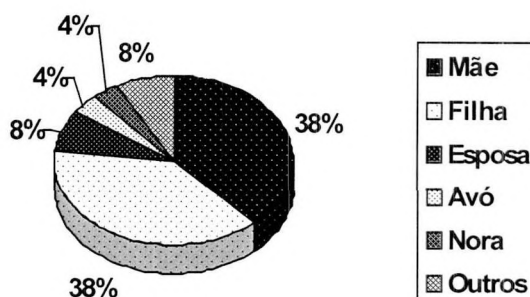
mediação da família com o mundo externo. Ele é autoridade moral, responsável pela respeitabilidade familiar. À mulher cabe outra importante dimensão da autoridade: manter a unidade do grupo. Ela é quem cuida de todos e zela para que tudo esteja em seu lugar (Loc. Cit.).

Dada esta configuração das relações familiares, o homem se sente fracassado quando não consegue assumir a responsabilidade econômica do “lar”, tornando-o vulnerável, porque o faz dependente de condições externas cujas determinações escapam o seu controle (SARTI, 2003). No caso das pessoas com deficiência do sexo masculino é um agravante, pois sua autoridade é seguramente abalada quando ele passa a não garantir mais teto e o alimento dos seus familiares. Este, por sua vez, não cumprindo mais o papel de provedor é deixado “de lado” pela esposa vendo na filha o principalmente papel de cuidadora.

Conforme citamos anteriormente, cabe *a mulher manter a unidade familiar*, em que na família da pessoa com deficiência esta função é potencializada, sendo configurada nesta análise como a figura da mãe, da filha, da esposa, da nora e da avó. As famílias aqui analisadas, tinham suas redes de proteção enfraquecidas. É a mulher que mais uma vez assume a responsabilidade sozinha, é sobre ela que recai também a responsabilidade de administrar sua vida de forma a ser competente como esposa, mulher, profissional e provedora do lar.

Conforme a figura 6, 38% dos responsáveis aos cuidados da pessoa com deficiência estão com a mãe e a filha, 8% com a esposa e a avó e 4% com as noras e outros (o pai ou o curador), vejamos a seguir.

Figura 6 - Familiar Responsável



Compete a figura feminina maximizar os recursos restritos, transformando-os em bens e serviços para suprir o atendimento das necessidades dos membros da família. Segundo Silva (2004, p. 119)

Compreender a noção de cuidado é associá-la a dimensão do universo feminino, da construção de uma ética feminina em que o homem, na maioria das vezes, continua poupado das ações de cuidado, como também se exclui desta demanda.

A palavra cuidado tem sido empregada em uma diversidade de situações, com diferentes sentidos³⁶. Ao falarmos do cuidado na relação com as pessoas com deficiência é importante situarmos a própria dinâmica familiar num contexto histórico e social. Esta discussão sobre o cuidado é remetida imediatamente ao “universo feminino”, em que a mãe tem um papel crucial o que segundo Lyra (et al, 2003, p. 84) inicia na infância

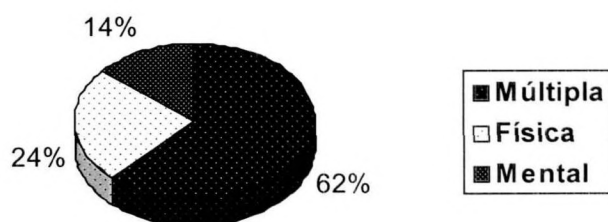
Com a educação familiar e escolar, [em que] há um claro incentivo e uma cobrança de que o cuidado esteja presente na

³⁶ Fundamentando-se nos estudos feministas sobre a construção da feminilidade, argumenta-se que a personalidade da mulher é, desde cedo, construída com base nas noções de relacionamento, ligação e cuidado, o que a levaria a se sentir responsável pela manutenção das relações sociais e pela prestação de serviços aos outros, características centrais do modelo de feminilidade (LYRA et al., 2003).

postura das meninas, o que é maciçamente reforçado pela mídia, que não se cansa de lançar novos modelos de bonecas, casinhas, cozinhas, [...]. Em contrapartida, aos meninos é reservado o espaço da rua, com brincadeiras que na maioria das vezes exigem mais esforço físico, visando à competição e ao enfrentamento de riscos como algo natural e incentivado.

A não divisão dos cuidados da pessoa com deficiência com outros familiares, além de sobrecarregar emocionalmente o familiar responsável, prejudica o desenvolvimento da pessoa com deficiência, que muito necessita de trocas, de afeto e aceitação. Neste sentido, outro dado importante consiste na tipologia das deficiências encontradas no grupo.

Figura 7 - Tipos de deficiência



Conforme a figura, constatamos que 62% dos membros do grupo possuem deficiência múltipla (física e mental), 24% deficiência física e 14% deficiência mental. É considerável o número de pessoas com deficiência física e mental, acredita-se que por ser a maioria idosos estes encontram-se mais vulneráveis à derrames cerebrais, um dos causadores mais comuns destas deficiências.

Outro aspecto importante refere-se a deficiência múltipla que torna a pessoa com deficiência totalmente dependente da família e ainda sobrecarrega um dos membros quando esta função é delegada apenas a uma pessoa. Estes

cuidadores, muitas vezes precisam deixar de “trabalhar fora” para garantir condições de dignidade.

Prova disto, observamos nos relatos a seguir:

A Maria (referindo-se a filha) ta sem trabalha porque ninguém qué cuida do pai, todos tem família e tem que trabalha pra sustenta, os outros não se importa (Dona Matilde, esposa de Sr. Marcelo, membro do grupo sócio-educativo).

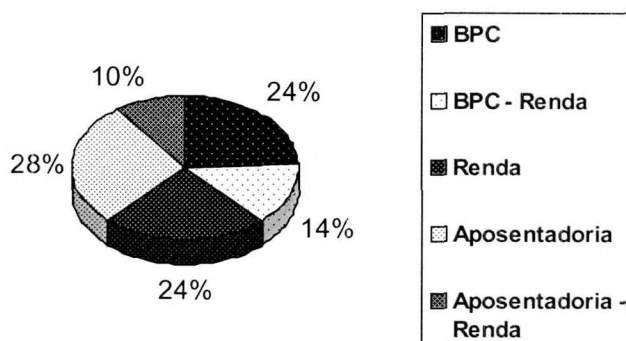
Pros meu filhos eles nem queria que eu fosse, mas é que eu que lavo as ropa dela quando chega da APAE não é eles. [...] quem sofre so eu [...] (Terezinha, mãe de Tatiane adolescente membro do grupo).

Nas falas evidencia-se que na família “a vulnerabilidade de um de seus membros implica enfraquecer o grupo como um todo” (SARTI, 2003, p. 34). Além dos conflitos inter-familiares, também a falta de informações gera uma série de preconceitos e culpas, buscando-se explicações sem fundamentos concretos, como as causas, os diagnósticos, entre outros conhecimentos necessários.

Nesse sentido, ao perguntarmos sobre a importância do grupo verificamos que o repasse de fraldas teve significativa contribuição no orçamento familiar, levando em consideração que dos 29 membros 24% sobrevive apenas com o BPC. Verificamos também, que 28% sobrevive com aposentadoria por idade, 24% com renda própria, 14% com o BPC e renda complementar e 10% com aposentadoria e renda complementar.

Quanto a isso, percebe-se em algumas falas que o repasse de fraldas representou um grande “alívio” para a manutenção dos cuidados com as pessoas com deficiência.

Figura 8 - Renda Familiar



A esse respeito, as famílias referenciam que,

Foi uma ajuda muito especial mesmo, só [...] na secretaria (referindo-se a secretaria de assistência social) que ajudaram nós, assim no posto ganha luva e algum medicamento e só, mais nada. É porque se era pra compra as fralda "Deus me livre", já temo que compra a sonda que é cara, dá 70 reais por mês (Dona Matilde, esposa de Sr. Marcelo, membro do grupo sócio-educativo).

É com certeza né (referindo-se a importância do grupo), na parte financeira foi bom pra nós e pra mãe, hoje ela tá bem, mas continua usando as fraldas, nós paramos de ir nas reunião porque a Neusa (nora) tá trabalhando, e porque tem gente mais pobre que precisa da ajuda (filho de dona Juvelina, idosa membro do grupo).

As fraldas ajudam porque não tem como comprá, então, nossa ajuda muito. Ia cem, duzentos reais por mês só de farmácia. O André melhor também, tá ouvindo mais (Joana, irmã de André, membro do grupo sócio-educativo).

Por meio destes depoimentos, de um lado fica evidenciado que a concepção da "ajuda" está fortemente embricada na fala de alguns sujeitos, mas por outro a organização política e a mobilização fica evidente em outras.

Se não fosse a gente se uni e faz o abaixo assinado pra consegui o ônibus adaptado, talvez nem podia trabalha e nem ir pro centro né faz as coisas. (Angelo, cadeirante membro do grupo)

Eu gostei [...] o tempo que eu participei achei bom, a gente discutia muitas coisa, até o benefício que eu tenho eu consegui indo no grupo, porque eles sempre informava nois das coisas. (Ibid)

Percebemos também, que nas famílias com pessoas com deficiência o diálogo sobre suas possibilidades e limitações é restrito. Estes não tem conhecimento que dando “respostas evasivas” ou “tentando enganá-los” estão apenas impedindo que o indivíduo se entenda e se perceba como um ser no mundo, com qualidades e com dificuldades.

A gente converso mais, dialogando mais com ele, ele ta evoluindo, acho que a participação foi importante (Joana, irmã de André, membro do grupo sócio-educativo, referindo-se a participação no grupo).

Neste sentido, tendo em vista as particularidades do segmento social pessoa com deficiência, o grupo sócio-educativo facilitou o processo de enfrentamento e aceitação da deficiência, principalmente por estreitar as relações entre as famílias, possibilitar a troca de experiência e o processo de formação e organização política.

O grupo é muito importante né, por causa que une bastante a gente né, quanto mais unido melhor, daí consegue mais apoio para alcançar os objetivo da gente (Angelo, cadeirante membro do grupo).

Assim, o investimento no trabalho grupal tem se mostrado como uma instância fértil para diminuir o isolamento social e psicológico, o que geralmente acontece com as famílias de pessoas com deficiência. Além do mais, muitas vezes, o Estado “isentando-se dos deveres de prover o cuidado dos cidadãos, sobrecarrega a família, conclamando-a a ser parceira [...] das políticas públicas”

(SAWAIA, 2003, p. 42). Nesse contexto, o município de Chapecó desenvolveu um conjunto de ações para o enfrentamento dessa questão social atendida por meio de uma política social pública, campo de atuação do Assistente Social.

Por isso, no próximo item, contextualizaremos sobre o espaço do Serviço Social no grupo sócio-educativo, bem como seus desafios, possibilidades e competências enquanto profissão.

2.3 O Serviço Social como referência no espaço do Grupo Sócio-Educativo

Primeiramente vale registrar o Serviço Social é um trabalho especializado, expresso sob forma de serviços, que tem produtos interferindo na reprodução material da força de trabalho e no processo de reprodução sociopolítica ou ídeo-política dos indivíduos sociais. O assistente social, é um intelectual que contribui na criação de consensos na sociedade³⁷ (IAMAMOTO, 2004).

Atualmente, os profissionais são desafiados nos seus locais de trabalho atestando o crescimento da demanda pelos serviços sociais e que aumenta também a seletividade no âmbito das políticas sociais, diminui os recursos, os salários, a imposição de critérios cada vez mais restritivos nas possibilidades da população ter acesso aos direitos sociais, materializados em serviços públicos (IAMAMOTO, 1997).

³⁷ Falar em consensos diz respeito não apenas à adesão ao instituído: “é consenso em torno dos interesses de classes fundamentais, sejam dominantes ou subalternas, contribuindo no reforço da hegemonia vigente ou criação de uma contra-hegemonia no cenário da vida social” (IAMAMOTO, 2004, p. 69).

Entende-se que o Serviço Social não atua sobre a realidade, mas sim na realidade, sendo esse um dos desafios da articulação entre a profissão, realidade dos sujeitos sociais e a história da sociedade. Desta maneira,

O grande desafio na atualidade é, pois, transitar da bagagem teórica acumulada ao enraizamento da profissão na realidade, atribuindo, ao mesmo tempo, uma maior atenção às estratégias, táticas e técnicas do trabalho profissional, em função das particularidades dos temas que são objetos de estudo e ação do assistente social (IAMAMOTO, 2004, p. 52).

Ou seja, “é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, enfim ser um profissional propositivo e não só executivo” (IAMAMOTO, 2004, p. 20).

Neste contexto, a combinação das competências profissionais se faz necessária no momento da intervenção, sendo elas a competência teórica “que é o farol que ilumina toda e qualquer análise que se efetive sobre a realidade ou sobre a própria prática” (SOUZA; AZEVEDO, 2004, p. 56). Ou a competência técnica, que nos permita utilizar instrumentos que contribuam para o alcance dos objetivos propostos com o incremento da competência política que “somente pode ser alcançada com base na moral cotidiana articulada às determinações ético-políticas da profissão” (Loc. Cit.).

O diferencial está na atuação do profissional, em que os serviços prestados podem estabelecer-se num simples paliativo ou, então, “numa possibilidade de levar as pessoas a fazerem o seu caminho, a serem sujeitos de sua história” (OLIVEIRA, 1996, p. 179). Isto significa dizer que, a contribuição do Serviço Social para efetiva consolidação das políticas sociais implica não apenas o acesso da população a bens e serviços, mas

A construção de mecanismos de democratização para a definição de quais bens e serviços são necessários para serem implementados, compreendendo a dinâmica societária e estabelecendo novos caminhos de sociabilidade e política, ou seja, como tais questões podem se materializar em novos procedimentos de ação (SARMENTO, 2000, p. 108).

Neste sentido, é fundamental a construção de uma ação profissional que contribua para

O fortalecimento da ação política dos vários segmentos populacionais destituídos de direitos, tornando a necessidade um sentimento consciente, que mobilize intenções e impulsione ações; possibilite a superação da alienação produzidas pelas próprias condições socioeconômicas e transformando-as em direitos reconhecidos e legitimados socialmente; constitua pressuposto para a democracia, justiça e liberdade, como horizonte possível a ser construído [...] anunciado no seu projeto ético-político (Ibid, p. 109)

A socialização de informações referentes aos direitos sociais é uma ação profissional que fortalece o usuário no acesso e o processo de mudança da realidade na qual está inserido. Dessa forma, define-se como um processo democrático e político pelo qual procura-se tornar transparente para os usuários, o verdadeiro significado das políticas sociais, a lógica a partir da qual se originam e se estruturam na sociedade capitalista, bem como os meios e condições de acessá-las. Esta era uma das atribuições do assistente social no grupo sócio-educativo das pessoas com deficiência, privilegiando a informação e a formação das pessoas com deficiência e sua família.

O assistente social tinha também, o papel de educador, direcionado para a construção e fortalecimento de condições de participação na transformação das condições geradoras dos problemas vivenciados, buscando contribuir na promoção de mudanças políticas, econômicas, sociais e culturais,

com prioridade para o trabalho com o grupo numa dimensão coletiva. Neste sentido, trabalhar a dimensão coletiva com grupos

Possibilita e contribui para a ampliação do conhecimento da realidade atual [...], favorece a expressão de sua vivência cotidiana, em termos de sua estrutura, colaborando para que não se sintam marginalizadas e deslocadas da sociedade (GUIMARÃES, 2002, p. 177).

Desta forma, a permanente articulação política no âmbito da abordagem grupal para definição de propostas e estratégias, esteve presente na intervenção profissional do assistente social no grupo sócio-educativo, com ações voltadas ao fortalecimento dos sujeitos coletivos, dos direitos sociais e a necessidade de organização para sua defesa, construindo alianças dos usuários desse serviço e com as suas organizações.

A realização e o desenvolvimento de um processo democrático no atendimento as demandas dos usuários é que torna possível contribuir para a construção de novas relações sociais, instituídas sob novas bases que não a exploração e a dominação. Desse modo, um trabalho profissional, articulado aos interesses e necessidades dos segmentos vulneráveis, no caso a pessoa com deficiência, necessita estar mediado pelos princípios de igualdade, justiça, liberdade e solidariedade, estando de acordo com o Código de Ética, norteador do projeto ético-político do assistente social.

Para um compromisso com o usuário é necessário “romper as rotinas e a burocracia estereis, potenciar as coletas de informações nos atendimentos, pensar a reorganização do plano de trabalho” (IAMAMOTO, 2002, p. 34), tendo em vista as reais condições de vida dos usuários.

Em outros termos, identificar como a questão social vem forjando a vida material, a cultura, a sociabilidade, afetando a dignidade

da população atendida. Enfim, é o conhecimento criterioso dos processos sociais e sua vivência pelos indivíduos sociais que poderá alimentar propostas inovadoras, capazes de propiciar o reconhecimento e atendimento as efetivas necessidades sociais dos segmentos subalternizados, alvos das ações institucionais (Loc. Cit.).

É importante desenvolver a capacidade de ver, nas demandas individuais, as dimensões universais e particulares que ela contêm, o que Yasbek (2001) defenderia que é preciso demonstrar no *tempo miúdo do trabalho cotidiano*, ou seja, dar dimensão ético-política as situações singulares que atendemos. O desvelamento das condições de vida dos sujeitos atendidos permite ao assistente social dispor de um conjunto de informações que, “iluminadas por um perspectiva teórico-crítica, lhe possibilita apreender e revelar as novas faces e os novos meandros da questão social que o desafia a cada momento no seu desempenho profissional diário” (IAMAMOTO, 2002, p. 31).

Entendo que, não haverá rupturas no cotidiano sem resistência, sem enfrentamentos e que se a intervenção profissional do assistente social está inserida num terreno de disputa, é aí que está o desafio de sair da morosidade, da lentidão, de construir, “reinventar mediações capazes de articular a vida social das classes subalternas com o mundo público dos direitos e da cidadania” (YASBEK, 2004, p. 39).

Ou seja, “trata-se de transformar o lugar do outro na sociedade, como condição prévia a essa transformação, trata-se de mudar o lugar em que nos colocamos perante os demais” (SARTI, 2003, p. 35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante considerar que as pessoas com deficiência são classificadas como diferentes na sociedade, das quais não podem esperar muito além da incapacidade de ser auto-suficiente, dependente da caridade alheia, vítima de rótulos que uniformizam seus destinos e não permitem autonomia para as decisões que dizem respeito aos seus desejos e as suas necessidades.

É possível constatar que as pessoas com deficiência são excluídas e marginalizadas por diversos motivos. Por um lado, quem é muito alto sente na pele as conseqüências desta diferença, a começar pela dificuldade de pentear o cabelo nos espelhos para as alturas medianas; a pessoa obesa é alvo dos mais variados estigmas e preconceitos. Segue-se uma lista enorme de motivos para que uma pessoa se sinta excluída: ser índio, ser negro, ser mulher, ser fraco, estar doente, estar desempregado, estar solteiro, estar divorciado, ter filhos, não tê-los, além de outras rotulações. Há também condições permanentes ou temporárias que por elas mesmas excluem e marginalizam pelo fato de ser dependente de álcool e drogas, “ser abandonado”, “ser pobre”, “ser presidiário”, “ser homossexual”, “ser velho”, “ser deficiente”.

Por outro lado, na mesma sociedade, “o discurso busca as origens das desigualdades sociais, em que as pesquisas científicas tentam solucionar os problemas gerados pela complexa organização da sociedade humana” (CORRER, 2003, p. 117). Mas, esse confronto entre a realidade excludente e o ideal de uma nova sociedade, está longe de ser apaziguado.

Portanto, o mito da incapacidade da pessoa com deficiência em reconhecer aquilo que a deixa satisfeita, ou aquilo que não a agrada, ou seja, a

sua possibilidade e autonomia do sentir, do pensar perde seus fortes traços quando, a partir da experiência do grupo sócio-educativo, a pessoa com deficiência – sujeito constituído de direitos, é motivada a participar da construção da história, sendo ator principal deste movimento.

Nesse sentido, acreditamos que a organização política e social da sociedade civil é a chave que abre a porta para a consolidação dos direitos e quem sabe para a construção de uma “nova sociedade”, igualitária e justa. É preciso que se garanta a fala e o lugar da fala para que esta tenha expressão e força. Dentro desses referenciais sociais e culturais de nossa época e de nossa sociedade, cada família terá uma versão de sua história, a qual dá significado a experiência de vida. Ou seja, trabalhar com famílias requer, além da fala, a abertura para uma escuta, a fim de localizar os pontos de vulnerabilidade, mas também os recursos disponíveis.

Percebemos através da história, que as maiores conquistas se deram por meio de “pressões” advindas dos movimentos sociais, que com as pessoas com deficiências esta realidade não foi diferente, seus direitos foram garantidos através de reivindicações ao poder público. Constitucionalmente os direitos existem, mas a prática configura-se de outra forma, marcada pela escassez de informações e de seletividade ao acesso a estes direitos. Atualmente, a cultura prevalentemente assistencialista no âmbito das políticas sociais e dos serviços

Estão concentradas em famílias que faliram no provimento de condições de sobrevivência, de suporte afetivo e de socialização de suas crianças, adolescentes, pessoa com deficiência. A falência é entendida como resultado da incapacidade das próprias famílias. Portanto, as ações que lhes destinadas tem o objetivo de torná-las aptas para que elas voltem a cumprir seu papel em comprometer a estabilidade social (MIOTO, 2000, p.219).

A idéia básica de promover ações que reduzam a exclusão das pessoas com deficiência na comunidade a qual nasceu e se desenvolveu exige um programa que estimule a capacidade de refletir sobre as possibilidades enfrentadas tanto pela sociedade, como pela família e, principalmente, pela pessoa com deficiência, para descobrir os caminhos de uma sociedade verdadeiramente inclusiva.

Percebemos, ao longo dos anos, o segmento pessoa com deficiência conseguindo a garantia de direitos fundamentais, mas apesar de todas essas conquistas, muitas atitudes políticas precisam ser modificadas, principalmente no que diz respeito ao preconceito e a discriminação. É preciso, um trabalho de informação e reflexão da sociedade e, especificamente com pessoa com deficiência sobre esses direitos, é nesta perspectiva que o Estatuto da Pessoa com Deficiência representará um grande avanço.

É importante que haja um amplo debate entre as pessoas com deficiência, a sociedade e os demais segmentos engajados com essa causa, para que os direitos, além de garantidos sejam ampliados. Percebe-se também, nesse sentido, o quanto o grupo sócio-educativo contribuiu para o fortalecimento da discussão e a troca de experiência referente a pessoa com deficiência e outros temas correlacionados.

Torna-se imprescindível também, a participação da pessoa com deficiência em espaços coletivos dentro e fora da comunidade, como nas associações de moradores, nos grupos religiosos, na escola, nos conselhos comunitários, assim como a participação das mulheres, dos índios, dos negros entre outros.

Com o debate sobre este Estatuto, estamos contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa, em que todas as pessoas com deficiência ou não, tenham a sua dignidade e a cidadania garantida, exercida e reconhecida por todos. Pensar toda diversidade humana, humanizar e universalizar serviços são os grandes desafios impostos tanto a sociedade como ao Estado. Prioritariamente, marginalizar as diferenças tem sido consequência deste sistema que está gerando cada vez mais desigualdades sociais, aumentando também a grande massa populacional reserva, submetendo-se a qualquer tipo de “trabalho” que possa lhe trazer, pelo menos, a sobrevivência (ainda que precária).

No conjunto dessas reflexões emerge a necessidade de repensar o Serviço Social enquanto uma das mediações fundamentais na prestação de serviços assistenciais no âmbito da prática política. Entendemos, que

A crítica a cerca da política social e assistencial e de sua própria intervenção não se configure como um discurso genérico e abstrato, sobretudo no que se refere a cidadania dos assistidos, é necessário em primeiro lugar reconhecer seus limites. Ultrapassar as aparências que escamoteiam o fato de que entre as políticas assistenciais e seu objeto há um enorme fosso, que é o próprio caráter estrutural da geração da pobreza, exclusão e subalternidade de seus usuários (YAZBEK, 1996, p. 170)

Esperamos, que o social saia do anexo e venha a ser prioridade do poder público. Significa que as mudanças que se espera dependem fundamentalmente de ações articuladas e vontade política, com redistribuição de renda e riqueza. No caso da pessoa com deficiência e sua família, investir no desenvolvimento de ações que enfatizem aspectos preventivos e educativos, com orientação e atendimentos adequados social, cultural e economicamente. Para ser efetivo, esse esforço terá de ser acompanhado da busca de uma metodologia

eficiente no trabalho de grupo a fim de que “contribuam de fato para a inclusão e o exercício pleno de processos de autonomia” (GUIMARÃES; ALMEIDA, 2003, p. 134).

Defendo que, o trabalho sócio-educativo, adotando a família como ator principal de ações interventivas é um grande passo para que haja no lugar de “disciplinarização, a liberdade; em lugar do isolamento, a abertura ao coletivo” (SAWAIA, 2003, p. 42).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AFONSO, Lúcia. (org.). **Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde**. Belo Horizonte: Edições Campo Social, 2003.

AMARAL, Lígia Assumpção. **Pensar a diferença/deficiência**. Coordenadoria Nacional para Integração da pessoa portadora de deficiência – CORDE. Brasília, 1994.

ARRETCHE, Marta T. S. **Emergência e Desenvolvimento do Welfare State: teorias explicativas**. Rio de Janeiro: BIB, 1995.

BOSENBECKER, Luciane; SIGNORI, Andréia A.; UCZAI, Pedro F. **Chapecó uma cidade transformada**. Mercur: Chapecó/SC, 2004.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Uma nova concepção de proteção social às pessoas portadoras de deficiência**. São Paulo: Instituto de Estudos Especiais, 1999.

DRAIBE, Sônia Miriam. O Welfare State no Brasil: Características e Perspectivas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, nº 6. ANPOCS, 1988.

FALEIROS, Vicente de Paula. Natureza e desenvolvimento das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 3. Política Social. Brasília: UNB, 2000.

FÁVERO, Eugênia A. Gonzaga. **Direitos da Pessoa com Deficiência: Garantia de igualdade na diversidade**. Ed. WVA: Rio de Janeiro, 2004.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Ana Lígia. **Assistência Social e Benefício de Prestação Continuada (em tempos de revisão) – um direito garantido?**. Revista Katálysis nº 04. DSS/UFSC. Florianópolis, 1999.

_____. O significado e o alcance social do Benefício de Prestação Continuada. In: **Cadernos do CEAM. Conflitos de Interesses e a política de regulamentação da política de Assistência Social**. Brasília: CEAM/NEPPOS, 2001.

GRAZZIOLLI, Dirlei Teresinha Robette, SMANIOTTO, Rita. **Programa de Atendimento à pessoa com deficiência**. Projeto Técnico: Chapecó/SC, 2003.

GUIMARÃES, Rosamélia Ferreira. **Famílias: uma experiência em grupo**. In: Serviço Social & Sociedade. N.º 71, São Paulo: Ed. Cortez, 2002.

_____. ALMEIDA, Silvana Cavichioli Gomes. Reflexões sobre o trabalho social com famílias. In: In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE; FALLER, Maria Amalia

(Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Atribuição Privativas do(a) Assistente Social: Em questão**. CFESS, Brasília, 2002.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 7ª ed. São Paulo, Cortez, 2004.

_____. **A Questão social no capitalismo**. Revista Temporalis, ABEPSS. 2ª edição. Odisséia: Brasília, 2004.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Deficiências no Brasil. **IBGE**: 2004.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de. A intervenção profissional do Serviço social: propondo o debate sobre ações sócio-educativas. In: **Anais do IX ENPESS**. Porto Alegre: ABEPSS, 2004.

LYRA, Jorge *et al.* Homens e cuidado: uma outra família? In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE; FALLER, Maria Amalia (Orgs.). **Famílias: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.

MENEGASSO, Maria Ester. Organizações e Serviço Social. In: **Revista Katálysis**, nº 2. Editora da UFSC, 2002.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Cuidados sociais dirigidos à família e segmentos sociais vulneráveis. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social: módulo 4. O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais**. Brasília: UNB, 2000.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **O direito à saúde na reforma do Estado Brasileiro: constituindo uma nova agenda**. 2002, 347f. Tese de Doutorado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC.

OLIVEIRA, Heloísa Maria José de. **Assistência Social: do discurso do Estado à prática do Serviço Social**. 2ª Edição. Florianópolis: Ed. Da UFSC, 1996.

PAIVA, Beatriz Augusto. **Assistência Social e Políticas Sociais no Brasil – configuração histórica, contradições e perspectivas**. Revista Katálysis nº 04. DSS/UFSC. Florianópolis, 1999.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: Subsídios à crítica dos mínimos sociais**. 2ª Edição. Ed. Cortez: São Paulo, 2002.

Programa de Atendimento à Pessoa com Deficiência. **Política Municipal de Atendimento a Pessoa com Deficiência**. Chapecó/SC, 2001-2004.

RAICHELIS, Raquel. Dez anos depois da Constituição Cidadã. In: **Revista Inscrita**, no 03. Rio de Janeiro. CFESS: 1998.

_____. Organização e gestão das políticas sociais no Brasil. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 3. Política Social. Brasília: UNB, 2000.

RIBAS, João Baptista Cintra. **O que são pessoas deficientes**. Coleção Primeiros Passos. Brasiliense: São Paulo, 1985.

ROY, Lise. Políticas Sociais Setoriais e por Segmento: Pessoa Portadora de Deficiência. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 3. Política Social. Brasília: UNB, 2000.

SARMENTO, Helder BosKa de Moraes. Serviço Social, das tradicionais formas de regulação sociopolítica ao redimensionamento de suas funções sociais. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 4. O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais. Brasília: UNB, 2000.

SARTI, Cyntia Andersen. **A família como espelho**: um estudo sobre a moral dos pobres. 2. Ed. São Paulo: Cortez, 2003.

_____. Famílias enredadas. In: In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE; FALLER, Maria Amalia (Orgs.). **Famílias**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.

SASSAKI, Romeu kazumi. Como Chamar as pessoas que têm deficiência? In: **Vida Independente**. São Paulo: RNR, 2003.

SAWAIA, Bader B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE; FALLER, Maria Amalia (Orgs.). **Famílias**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE, PUCSP, 2003.

SILVA, Carmem Lúcia. **A experiência das famílias com pessoas com necessidades especiais em processo de envelhecimento**: uma nova dimensão da desproteção social. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço social.

SILVA, Maria Lúcia Lopes da. Um novo fazer profissional. In: **Capacitação em Serviço Social e Política Social**: módulo 4. O trabalho do Assistente Social e as políticas sociais. Brasília: UNB, 2000.

SOUZA, Rosany B.; AZEVEDO, Verônica G. O Assistente Social e a ação competente: a dinâmica cotidiana. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 80. São Paulo: Cortez, 2004

TAVARES, Messias. **Pessoa com deficiência ou pessoa com necessidades especiais?** Disponível em www.mj.gov.br/corde - 08/03/2005.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes Subalternas e assistência social**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1996.